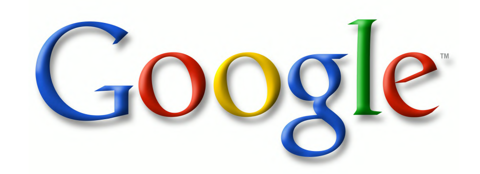
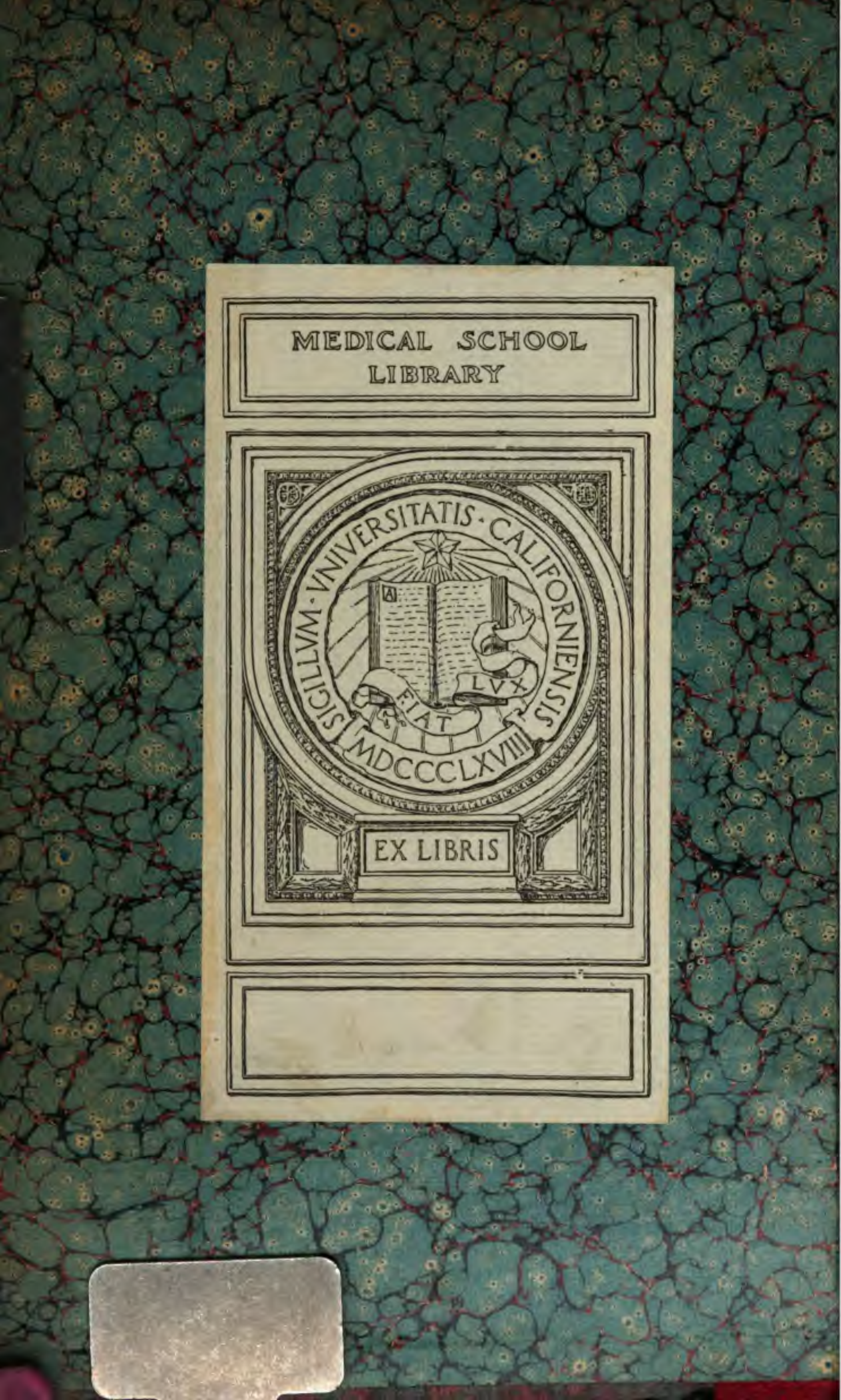
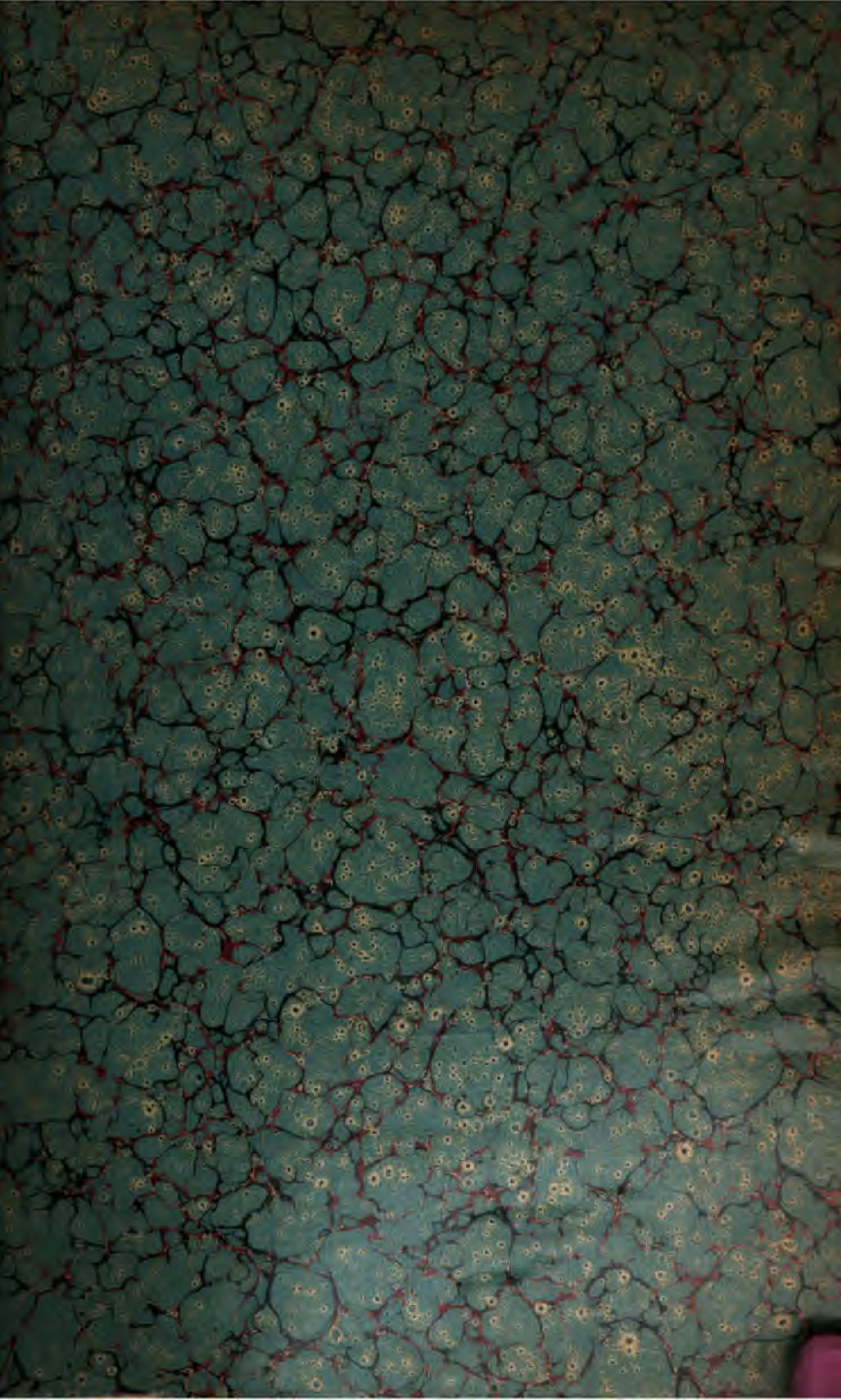



UC-NRLF
B 3 730 009


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. ARNAUD, BABINSKI, BALLET, BERNARD, BITOT (P.-A.), BLANCHARD, BLOCQ, BONNAIRE (E.), BONNET (H.), BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRICON (P.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CHARPENTIER, CHRISTIAN (J.), COTARD, CULLERRE, DEBOVE (M.) DELASIAUVE, DENY, DUVAL (MATHIAS), FERRIER, GILLES DE LA TOURETTE, GOMBAULT, GRASSET, HUCHARD, JOFFROY (A.), KÉRAVAL (P.), KOJEWNIKOF, LANDOUZY, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, MABILLE, MAGNAN, MAIRET, MARANDON DE MONTYEL, MARIE, MENDELSSOHN, MIERZEJEWSKY, MULLER-LYER, MUSGRAVE-CLAY, NEUMANN, PARINAUD, PARIS, PIERRET, PITRES, POPOFF, RAOULT, RAYMOND, REGNARD (P.), REGNARD (A.), RENDU (H.), RICHER (P.), ROUBINOWISCH, ROUSSELET (A.), SÉGLAS, SEGUIN (E.-C.), SIKORSKY, SOLLIER, SOREL, SOUZA, LEITE, TALAMON, TARNOWSKY, TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIER (E.), VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.).

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaire de la rédaction : **CH. FÉRÉ**

Dessinateur : **LEUBA.**

Tome XIV. — 1887.

Avec 4 planches et 17 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1887

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY.

Vol. XIV. Juillet 1887. N° 40

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

DU ROLE DE LA PRÉDISPOSITION NERVEUSE DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA PARALYSIE FACIALE DITE *a frigore*;

Par le Dr E. NEUMANN.

Lorsque chez un individu atteint d'une paralysie faciale périphérique, l'hémiplégie ne peut être imputée ni à la syphilis, ni à un traumatisme, ni à une carie du rocher, ni à une otite, ni à une compression exercée par quelque tumeur, on s'empresse d'incriminer le froid, de rattacher la maladie à un refroidissement. Il est d'ailleurs incontestable que, dans un certain nombre de paralysies faciales, dites *a frigore* ou appelées encore rhumatismales, le froid est intervenu réellement et semble avoir joué un rôle effectif dans la genèse de l'affection. Un courant d'air, une croisée ouverte en voiture ou en wagon, une pluie froide, le séjour dans un lieu humide, etc., telles sont les causes habituellement invoquées par les malades pour expliquer l'origine de la paralysie. Bérard a pensé que dans ces cas il se produisait, sous l'influence du froid, un gonflement inflammatoire du nerf. Depuis lors, ce fait

a été accepté par tout le monde, quoiqu'il ne repose sur aucune espèce de preuve. Erb se range à cet avis, et va même plus loin : il suppose que la lésion siège dans des points différents, suivant le plus ou moins de gravité de la paralysie. Ainsi, dans les cas légers, la lésion serait hors du canal de Fallope; d'où une compression légère. Dans les cas graves, la lésion siégerait dans le canal de Fallope; d'où une forte compression entraînant la dégénération du nerf et l'interruption complète de la conductibilité. En réalité, tout en admettant l'intervention du froid, il faut bien reconnaître que son mode d'action nous échappe et la démonstration anatomique du gonflement du nerf et de sa compression reste encore à faire.

Si chez certains malades l'action du froid est indéniable, elle ne saurait être admise chez beaucoup d'autres; il en est ainsi dans les hémiplégies faciales qui surviennent à la suite d'un choc nerveux, d'une émotion, d'une impression morale vive et subite, tels que le chagrin, la colère, la frayeur, etc.; Bellingeri cite un cas dans lequel la maladie survint après une frayeur causée par la vue d'un homme épileptique. Trousseau, dans sa clinique, rapporte une observation de paralysie faciale produite instantanément chez un individu qui voyait tomber la foudre près de lui.

Dans d'autres observations, les données étiologiques font absolument défaut : on ne peut mettre en cause ni la secousse nerveuse, ni le froid; l'origine du mal reste inconnue et la paralysie faciale semble alors spontanée. Quoi qu'il en soit, que l'hémiplégie survienne sous l'influence du froid ou de toute autre cause apparente ou qu'elle semble se produire spontanément, il est,

suivant nous, une condition indispensable à sa production : c'est l'existence d'une tare nerveuse héréditaire chez l'individu frappé.

On sait aujourd'hui qu'une prédisposition nerveuse constitue la cause dominante daus la genèse de la plupart des affections du système nerveux.

Depuis longtemps déjà, dans ses leçons de la Salpêtrière, M. Charcot s'est attaché à faire ressortir et à mettre en évidence, le rôle prépondérant de l'hérédité. Cette doctrine a été exposée par M. Déjerine dans sa remarquable thèse d'agrégation et l'auteur l'a étayée sur de nombreux documents empruntés à la clinique. La paralysie faciale dite *a frigore* ne fait pas exception à cette loi de pathologie nerveuse; ni le refroidissement, ni l'ébranlement nerveux ne peuvent suffire à eux seuls pour déterminer chez le premier venu une hémiplégie de la face. Ce ne sont là que des causes accidentelles qui jouent le rôle d'agents provocateurs et dont l'efficacité serait nulle sans doute si elles ne trouvaient pas un terrain préparé d'avance.

L'individu atteint de paralysie faciale est un névropathe; il porte en lui depuis sa naissance cet état particulier qu'on appelle avec plus ou moins de raison diathèse nerveuse, nervosisme, neurasthénie, mais sur l'existence duquel tout le monde s'entend, c'est un état spécial de faiblesse du système nerveux, presque toujours héréditaire, et qui se manifeste soit par des névroses variées, soit par des maladies à lésions bien déterminées de l'axe cérébro-spinal. L'hémiplégie faciale, toujours en corrélation avec d'autres accidents nerveux existant soit chez le sujet lui-même, soit chez ses ascendants, doit être intimement rattachée, de par

l'étiologie au faisceau des maladies du système nerveux, à la grande famille névropathique, comme l'a appelée M. Ch. Féré.

Ces considérations sur l'étiologie de la paralysie faciale dite *a frigore* ne sont pas une simple vue de l'esprit : elles nous ont été suggérées par l'étude des faits cliniques. Nos observations sont au nombre de 17. Ce ne sont pas 17 cas que nous avons triés pour les besoins de notre cause parmi ceux qu'il nous a été donné d'observer ; c'est l'ensemble des paralysies faciales que nous avons eu à traiter depuis six ans.

Si nous avons cru devoir nous limiter aux faits que nous avons personnellement étudiés, ce n'est pas que les observations de paralysies faciales *a frigore* soient rares dans la littérature médicale, mais nous n'avons pu utiliser à notre point de vue spécial ces nombreux documents; les renseignements sur les antécédents personnels et héréditaires y font d'ordinaire complètement défaut; d'autres fois ils sont absolument insuffisants pour établir avec quelque certitude la part qui revient à l'hérédité.

Dans tous les faits rapportés dans ce travail il s'agit de paralysies faciales périphériques, *sine materia*, portant sur toutes les branches de la septième paire; faire pour chaque cas une description détaillée eût été fastidieux, nous nous sommes donc contenté de résumer nos observations au point de vue symptomatique, nous attachant surtout à mettre en relief les données relatives à l'étiologie qui seules nous intéressent.

Observation I. — M. H..., trente-cinq ans, caissier dans une maison de commerce. — *Antécédents de famille* : Père, soixante-cinq ans, bien portant ; mère morte, il y a quatre

ans, nous dit-il, d'une affection nerveuse après être restée paralysée des deux jambes pendant dix-huit mois ; un frère, aujourd'hui âgé de vingt-deux ans, a eu de la paralysie infantile à l'âge de cinq ans ; un autre frère a eu la crampe des écrivains. — *Antécédents personnels* : Quoique d'apparence délicate, M. H... nous dit que, jusqu'à l'âge de vingt ans, il a été bien portant ; depuis cette époque, il est devenu très nerveux et très irritable ; il souffre fréquemmemt de maux de tête. M. H... avoue avoir fait des excès alcooliques et vénériens ; pas de syphilis.

La paralysie faciale pour laquelle il vient nous consulter le 3 avril 1881 date de trois jours seulement ; elle est survenue, nous dit-il, le lendemain d'une promenade en voiture découverte par un temps assez froid. C'est le matin en prenant son déjeuner que le malade s'est aperçu qu'il était paralysé du côté gauche.

La bouche est déviée du côté droit, le malade ne peut ni siffler, ni souffler ; la joue gauche est soulevée passivement à chaque mouvement respiratoire. Les plis du front ont disparu à gauche. L'œil gauche ne se ferme pas ; épiphora. En un mot, paralysie complète du nerf facial gauche. Le malade se plaint aussi de douleurs au niveau de l'apophyse mastoïde du côté paralysé. A l'examen électrique aucune altération de la contractilité. Les réactions électriques restèrent normales pendant toute la durée de l'hémiplégie qui disparut complètement au bout de quatre semaines.

Observation II. — M. N..., trente-deux ans, négociant. — *Antécédents héréditaires* : Père arthritique, d'ailleurs bien portant ; mère névropathe ; un oncle maternel est mort dans une maison d'aliénés. — *Antécédents personnels* : M. N... a toujours été très nerveux ; comme maladies d'enfance, il a eu des convulsions et la coqueluche. Migraines périodiques. Caractère très irritable, impressionnabilité excessive.

M. N... a eu tout récemment de violents chagrins et de grands soucis d'affaires. C'est dans ces conditions qu'il a été pris, le 4 janvier 1882, d'une paralysie faciale du côté droit, sans qu'il puisse se rappeler avoir pris froid ou s'être exposé à un refroidissement pendant les quelques jours qui ont précédé. La paralysie faciale est totale et porte sur toutes les branches de la septième paire du côté droit de la figure ; douleurs assez

vives au niveau de l'apophyse mastoïde. Réactions électriques normales pendant tout le cours de la maladie ; guérison complète au bout d'un mois.

OBSERVATION III. — Mlle F..., dix-huit ans, vient nous consulter le 10 août 1882. — *Antécédents héréditaires* : Mère bien portante ; père très nerveux ; un oncle paternel est paralytique général ; une sœur a eu la chorée. — *Antécédents personnels* : Convulsions lors de la première dentition ; depuis ce moment jusqu'à la menstruation, aucune autre manifestation nerveuse. A partir de cette époque jusqu'à ce jour, Mlle F... a eu souvent des crises convulsives de nature hystérique.

La paralysie faciale qui occupe le côté gauche porte sur tous les muscles innervés par le nerf de la septième paire, elle est survenue brusquement sans cause apparente pour la malade et pour son entourage. Douleurs dans la région mastoïdienne gauche qui ont apparu la veille de la paralysie et ont persisté pendant quatre jours. Réactions électriques normales. — Guérison au bout de six semaines. Nous avons revu la malade il y a trois ans ; elle souffrait alors d'une sciatique du côté gauche; cette névralgie a persisté pendant deux mois environ.

OBSERVATION IV. — Mlle D..., seize ans, nous est adressée le 3 janvier 1883. — *Antécédents héréditaires* : Grand'mère paternelle hémiplégique ; père souffre fréquemment de névralgies faciales ; mère bien portante ; une sœur de la malade a été atteinte de mal de Pott.

Mlle D... a eu des convulsions dans sa première enfance. Elle jouit d'ailleurs d'une bonne santé, cependant elle est très nerveuse et très impressionnable. La paralysie faciale droite dont elle est atteinte est survenue brusquement il y a cinq jours ; les parents, pas plus que la malade, ne savent à quelle cause rapporter le mal ; la malade ne se souvient pas d'avoir eu froid ou de s'être exposée à un refroidissement. Tous les muscles du côté droit de la face sont paralysés. Intégrité parfaite des réactions électriques. Guérison en cinq semaines. Nous avons été appelé, il y a deux ans, à donner de nouveau nos soins à cette jeune fille, qui était atteinte à ce moment de crises convulsives hystériques avec hémianesthésie du côté gauche.

OBSERVATION V. — M. X..., trente-deux ans, homme de lettres, nous est adressé le 3 juin 1883. — *Antécédents de famille* :

Père mort paralytique général; mère névropathe. — *Antécédents personnels* : M. X... n'a eu dans son enfance d'autre maladie que la rougeole ; il nous dit qu'il est très nerveux, sujet aux migraines ; nous avons affaire à un névropathe et nous trouvons chez lui l'émotivité caractéristique de la neurasthénie — pas de syphilis ; — pas d'excès alcooliques.

La paralysie faciale qui date de cinq jours occupe le côté droit ; elle est complète, le malade ne se rappelle pas avoir été exposé au froid. Pendant les quinze jours qui ont précédé l'hémiplégie, il a eu un grand surcroît de travail et il y a eu chez lui un véritable surmenage intellectuel. Les réactions électriques sont normales ; elles ne subissent aucune modification pendant toute la durée de la paralysie dont il ne reste plus de trace au bout de deux mois.

Observation VI. — Mlle M..., âgée de quinze ans, vient nous consulter le 9 juillet 1884. — *Antécédents de famille* : Père bien portant ; mère nerveuse, a souvent des crises convulsives s'accompagnant de perte de connaissance ; frère a eu la chorée. — *Antécédents personnels* : Nervosisme très marqué. Convulsions dans l'enfance. Paralysie faciale du côté gauche datant d'il y a huit jours et survenue, d'après ce que nous dit la mère, à la suite d'un refroidissement ; la jeune fille, après avoir eu chaud, est restée sur un balcon pendant une heure exposée à un courant d'air très vif. Le lendemain, douleurs lancinantes derrière l'apophyse mastoïde ; le surlendemain se manifestent tous les signes de la paralysie faciale du côté gauche ; l'hémiplégie est totale. Réactions électriques normales. — Guérison complète au bout de cinq semaines.

Observation VII. — Mme F..., âgée de trente-six ans, nous est adressée le 22 mars 1885. — *Antécédents héréditaires* : Le père de la malade est mort aliéné ; un frère est épileptique ; la mère est bien portante et n'a jamais eu aucune manifestation nerveuse. — *Antécédents personnels* : Mme F... a eu dans son enfance des convulsions ; elle a eu également la coqueluche. Depuis l'époque de la menstruation, elle souffre fréquemment de névralgies faciales. La malade a deux enfants : l'un, âgé de douze ans, a toujours joui d'une parfaite santé ; l'autre, qui vient d'avoir neuf ans, a eu de la paralysie infantile à la suite de laquelle il lui est resté une légère claudication de la jambe droite.

La paralysie faciale pour laquelle M[me] F... vient nous consulter date de six jours, elle est survenue sans cause déterminante appréciable ; l'hémiplégie qui occupe le côté droit porte sur tous les rameaux de la septième paire. L'examen électrique nous apprend que la contractilité farado-musculaire est notablement diminuée à droite, pas de modifications dans les réactions galvaniques. — Au bout de quatre mois la guérison était complète, mais la contractibilité farado-musculaire ne redevint normale qu'un mois après la guérison.

Observation VIII. — M. B..., trente-cinq ans, commerçant, nous est adressé le 18 février 1886.— *Antécédents de famille*: Père mort d'apoplexie ; mère aliénée, s'est suicidée; une sœur hystérique. — *Antécédents personnels* : Ordinairement bien portant sauf des névralgies du trijumeau tantôt à droite, tantôt à gauche, qui reviennent assez fréquemment et dont le malade souffre depuis l'âge de vingt-cinq ans; pas d'excès alcooliques, pas de syphilis. Il y a cinq jours, hémiplégie faciale droite. M. B... ne sait à quelle cause attribuer le mal, il ne se rappelle pas avoir eu froid les jours précédents. L'hémiplégie porte sur tous les muscles innervés par le nerf de la septième paire ; douleurs assez vives au niveau de l'apophyse mastoïde. Contractilité musculaire normale. Guérison complète en vingt jours.

Observation IX. — M. P..., employé de commerce, âgé de vingt-deux ans. — *Antécédents héréditaires* : Père atteint depuis quatre ans de paralysie agitante ; un oncle paternel a un tic convulsif de la face. Pas d'antécédents nerveux du côté de la mère. Une sœur du malade est hystérique. — *Antécédents personnels* : Convulsions à l'âge de deux ans, rougeole à huit ans. M. P... nous dit que, tout en étant très nerveux, il jouit néanmoins d'une bonne santé. Il y a huit jours (18 avril 1886) sans cause appréciable pour lui, il a été frappé d'une paralysie de la face du côté gauche, — paralysie périphérique portant sur toutes les branches du facial gauche. Diminution assez notable de la contractilité faradique, contractilité galvanique normale ; pas de réaction de dégénérescence. Le malade est guéri au bout de deux mois.

Au moment de terminer ce travail, nous avons eu la bonne fortune de recueillir à la Salpêtrière à la con-

sultation de M. le professeur Charcot (26 avril 1887), l'histoire bien curieuse de trois cas de paralysie faciale *a frigore* survenus chez des membres de la même famille (la sœur et les deux frères).

Voici d'abord les *antécédents héréditaires* des sujets qui font l'objet de cette triple observation : Grand' mère maternelle morte à la suite d'une affection mentale après avoir eu le délire de la persécution; père mort d'un congestion cérébrale à l'âge de cinquante-cinq ans, une tante du côté paternel morte à la suite d'une paraplégie. Mère rhumatisante, très nerveuse, sujette à des migraines périodiques.

Observation X. — Mathilde H..., vingt-huit ans. — *Antécédents personnels* : Rougeole à six ans; à douze ans, crises nerveuses s'accompagnant parfois de perte de connaissance; ces crises persistèrent pendant trois à quatre mois environ, puis elles disparurent. Mlle H... est très impressionnable, elle rit et pleure facilement; migraines habituelles. A diverses reprises, poussées d'eczéma de la face.

Le 28 janvier 1887, Mlle H... s'est trouvée exposée à un courant d'air dans un compartiment de chemin de fer; elle fut prise le soir même de douleurs ayant leur siège dans l'oreille et au niveau de l'apophyse mastoïde du côté gauche; le surlendemain, hémiplégie faciale gauche. La malade est en traitement depuis cette époque et elle se présente à nous aujourd'hui (26 avril, 1887), soit trois mois après le début de l'affection avec une paralysie faciale incomplètement guérie. La contractilité volontaire et la contractilité électrique sont normales dans les muscles innervés par le facial supérieur; cependant l'œil se ferme encore avec une certaine difficulté, il y a de plus de l'épiphora. Dans la région du facial inférieur, la guérison est moins avancée, à l'exception du releveur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure; l'excitabilité faradique est notablement diminuée dans tous les muscles, l'excitabilité galvanique n'est pas augmentée, mais il y a prédominance de la contraction à l'anode; en un mot, les muscles présentent les signes de la réaction de dégénérescence partielle.

Observation XI. — Albert H..., trente-trois ans, employé. — *Antécédents personnels* : Rougeole dans l'enfance. Migraines très violentes survenant au moins une fois par semaine. Albert H... a eu, il y a quatre ans, à la suite d'un refroidissement, une paralysie faciale du côté gauche ; la guérison n'a pas été complète ; l'œil gauche se ferme difficilement ; épiphora. La contractilité volontaire et la contractilité faradique sont perdues pour un certain nombre de muscles, et en particulier pour les zygomatiques.

Observation XII. — Charles H..., trente-sept ans, employé, a eu, à l'âge de treize ans à la suite d'un froid, une paralysie, faciale droite qui a duré environ cinq mois et s'est terminée par une guérison complète. Il y a un an, nouvelle hémiplégie faciale du même côté ; cette dernière paralysie de la septième paire a guéri au bout d'un mois sans laisser aucune trace. (Ces renseignements nous sont fournis par le frère de Charles H... que nous n'avons pu examiner directement, celui-ci n'habitant pas Paris.)

Ces trois observations sont particulièrement probantes au point de vue spécial qui nous occupe et pourraient suffire à elles seules pour établir le rôle prépondérant de la tare nerveuse héréditaire dans l'étiologie de la paralysie faciale *a frigore*. En présence de ces trois paralysies faciales survenues chez les membres de la même famille, de la récidive de la paralysie chez l'un des sujets (Obs. Charles H...), on ne peut guère admettre qu'il se soit agi d'une simple coïncidence, et il est difficile de ne pas reconnaître dans l'espèce l'influence de l'hérédité névropathique, sur l'existence de laquelle les renseignements relatifs aux antécédents de famille ne laissent d'ailleurs aucun doute.

Toutes les observations qui précèdent ont trait à des sujets issus de souche nerveuse ; la tare héréditaire est manifeste et indéniable ; il nous reste maintenant à

faire la relation de 5 autres cas d'hémiplégie faciale dans lesquels il nous a été impossible, faute de renseignements précis, d'être nettement fixé sur les antécédents de famille. Mais si, dans les cas suivants, la preuve absolue de la prédisposition héréditaire nous fait défaut, les antécédents personnels des malades, les manifestations nerveuses qui, chez la plupart, ont précédé ou suivi la paralysie faciale, la coexistence d'autres états morbides (arthritisme, diabète, obs. XIV), dont les connexions avec les affections du système nerveux sont aujourd'hui bien établies, nous permettent d'affirmer que dans cette deuxième catégorie d'observations, comme dans la première série de faits, nous sommes sur le terrain de la névropathie et que la paralysie faciale, loin de constituer chez nos malades une manifestation accidentelle, est au contraire liée à une susceptibilité particulière, à une vulnérabilité spéciale de leur système nerveux.

Observation XIII. — Mme A..., âgée de soixante ans, vient nous trouver le 21 octobre 1884. Pas de renseignements précis au point de vue des *antécédents héréditaires*. Mme A... est arthritique; elle a eu à diverses reprises de l'eczéma de la face. Il y a quatre ans, elle a été atteinte d'une sciatique (côté droit) qui a duré près de six mois. Le 14 octobre dernier, elle s'est aperçue, en voulant souffler une bougie, qu'elle était paralysée du côté gauche de la face; depuis la veille déjà, elle éprouvait des douleurs lancinantes derrière l'oreille gauche. La malade attribue son hémiplégie faciale à un refroidissement qu'elle aurait pris deux jours avant en stationnant devant un bureau d'omnibus. Tous les muscles innervés par le facial gauche sont paralysés; guérison complète au bout de quatre semaines.

Observation XIV. — Mme G..., soixante ans. Pas de renseignements précis quant aux *antécédents de famille*. Mme G... a toujours été très nerveuse; depuis quelques mois,

à la suite de chagrins profonds, son nervosisme s'est beaucoup accentué. La malade est diabétique depuis plusieurs années déjà. Il y a huit jours (12 mai 1885), paralysie faciale survenant brusquement ; la malade ne s'est pas exposée au froid et ne sait à quelle cause imputer l'hémiplégie. Il s'agit bien d'une paralysie périphérique complète portant sur tous les muscles placés sous la dépendance de la septième paire. L'examen électrique, pratiqué à diverses reprises, nous permet de constater qu'il y a une diminution sensible de la contractilité faradique des muscles de la face de côté droit ; pas de modifications de la contractilité galvanique, pas de réaction de dégénérescence.

La guérison ne survint qu'au bout de huit mois, et encore est-elle incomplète ; les muscles orbiculaires des paupières, frontal et releveur de la lèvre supérieure n'ayant recouvré qu'imparfaitement la contractilité volontaire.

Observation XV. — M. D... trente-sept ans, nous est adressé le 18 octobre 1885. Pas de renseignements au point de vue des *antécédents de famille*. M. D... est très nerveux ; depuis un an il a eu des préoccupations morales, des chagrins qui, d'après lui, ont encore augmenté son nervosisme. C'est dans ces conditions, et sans s'être exposé au froid, qu'il a été pris, il y a cinq jours, d'une paralysie de la septième paire occupant le côté gauche de la face. M. D... nous apprend qu'il a déjà eu antérieurement deux hémiplégies faciales, l'une il y a trois ans (nerf facial gauche), l'autre il y a dix-huit mois environ (nerf facial droit) ; c'est donc pour la troisième fois que M. D... est atteint d'une paralysie de la septième paire. Tous les muscles innervés par le facial gauche sont paralysés, mais incomplètement seulement ; l'examen électrique ne nous révèle d'ailleurs aucune modification dans les réactions faradique et galvanique et nous permet de porter un pronostic très favorable. Au bout de trois semaines, la paralysie avait totalement disparu.

Observation XVI. — M. M..., vingt-huit ans, négociant. — *Antécédents de famille* : Pas de renseignements positifs au point de vue de l'hérédité. *Antécédents personnels :* Convulsions dans la première enfance ; à l'âge de dix ans, tic convulsif du membre supérieur droit, qui a persisté pendant plusieurs années ; deux ans plus tard, bégaiement qui a duré assez longtemps et qui a à peu près disparu aujourd'hui.

Le 25 mars 1886, M. M... a été exposé à un violent courant d'air ; le lendemain, douleurs vives au niveau de l'apophyse mastoïde ; le surlendemain, paralysie du nerf facial droit ; la paralysie est complète. Abolition de la contractilité faradique, augmentation de la contractilité galvanique, réaction de dégénérescence.

Les signes de la réaction de dégénérescence ont disparu depuis le mois d'août ; la contractilité volontaire n'a pas tardé à revenir insensiblement au mois de décembre, soit neuf mois après le début de la paralysie ; les muscles se contractaient normalement sous l'influence de la volonté mais le retour de la contractilité faradique s'est fait attendre jusqu'à la fin du mois de février (1887).

Observation XVII. — M. F..., vingt-six ans, pianiste, nous est adressé le 29 juillet 1886. Pas de renseignements quant aux *antécédents de famille. Antécédents personnels :* Migraines périodiques depuis l'adolescence. Impressionnabilité excessive, tendance à l'hypochondrie ; sommeil irrégulier avec cauchemars ; dyspepsie, constipation habituelle. M. F... qui accuse, comme on voit, les symptômes caractéristiques de la névropathie, a été surmené et obligé depuis quelques années de se livrer à un travail excessif pour subvenir à ses besoins. C'est dans ces conditions essentiellement défectueuses au point de vue du système nerveux et sans autre cause apparente qu'est survenue la paralysie faciale. Elle date déjà de six semaines quand nous voyons le malade pour la première fois.

Paralysie complète de toutes les branches de la septième paire (côté gauche), diminution notable de l'excitabilité faradique des rameaux nerveux, tant pour le facial inférieur que pour le facial supérieur ; pas d'accroissement de l'excitabilité galvanique, mais contraction plus forte à la fermeture avec l'anode qu'avec le cathode (réaction de dégénérescence partielle). Au bout de trois mois, amélioration notable ; guérison dans le courant de février dernier, c'est-à-dire neuf mois après le début de la paralysie.

Les faits cliniques que nous venons de relater nous paraissent suffisamment démonstratifs pour mettre en lumière la part prépondérante qui doit revenir à la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de l'hémiplé-

gie faciale *a frigore* et pour faire ressortir les liens étroits qui unissent cette paralysie aux autres maladies du système nerveux et, en particulier aux névroses. Que le froid, les émotions morales vives puissent intervenir dans un grand nombre de cas à titre d'adjuvants, en tant qu'éléments étiologiques occasionnels, nous ne le contestons pas : de même que le traumatisme peut produire une contracture chez l'hystérique, un accès de goutte chez le goutteux, de même le froid peut provoquer une paralysie faciale chez le névropathe ; mais ce n'est là qu'une cause déterminante, accessoire et seuls les sujets prédisposés en subissent les effets ; la cause vraie, la cause nécessaire de l'hémiplégie faciale *a frigore*, c'est la prédisposition nerveuse héréditaire. C'est elle qu'il faut incriminer et chaque fois qu'on se trouve en présence d'un sujet atteint de paralysie faciale, survenue en dehors de toute lésion organique, on doit l'examiner avec le plus grand soin au point de vue de ses antécédents personnels, au point de vue de ses antécédents de famille ; et le plus souvent, toujours à notre conviction, une enquête minutieuse et bien conduite fera découvrir la tare nerveuse héréditaire sans laquelle toutes les causes occasionnelles (froid, etc.) eussent été absolument impuissantes pour provoquer une hémiplégie de la face.

Affection essentiellement nerveuse, la paralysie faciale rhumatismale doit donc être définitivement rayée du cadre, de plus en plus restreint d'ailleurs, des maladies *a frigore* pour prendre dans la grande famille neuropathologique la place qui lui appartient de par son origine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ CHEZ LES ORIENTAUX. — LES AISSAOUA ;

Par le Dr Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Depuis quelques années, on a beaucoup étudié l'hystérie chez l'homme, et on l'a bien étudiée. Dans l'ardeur des nouvelles recherches, on a peut-être trop oublié d'anciennes et très intéressantes descriptions. Comme tous ceux qui ont eu l'honneur d'être élèves de Beau, je me suis toujours étonné qu'on ne se fut plus souvenu que le regretté maître protestait contre l'opinion qui voulait faire de l'hystérie une maladie propre à la femme. Il affirmait qu'elle existait chez l'homme ; il la décrivait avec soin ; il montrait les phénomènes communs à la femme et à l'homme, établissant l'identité des manifestations morbides. Non seulement il faisait tous les ans, sur ce sujet, des leçons que suivait un public nombreux, mais ces leçons ont été même publiées plus ou moins complètement dans divers recueils, et on en retrouve des indications dans son *Traité* (posthume) *de la dyspepsie.* Mais surtout ses élèves doivent avoir conservé la mémoire de son enseignement.

Les troubles de la sensibilité, l'analgésie hystérique attiraient tout particulièrement son attention. Il montrait comment on rencontrait l'analgésie chez l'homme comme chez la femme. Puis, avec l'esprit ingénieux qu'il apportait en toutes ses observations, il faisait

remarquer que l'insensibilité de certains individus avait dû être le point de départ de certains actes extraordinaires, où des individus avait follement bravé la douleur. Parmi les héros de l'histoire auxquels il attribuait rétrospectivement l'*analgésie hystérique*, il citait au premier rang Muscius Scévola. Il estimait, avec toute apparence de raison, que l'acte de l'homme qui fait lentement brûler sa main sans manifester de douleur ne s'explique que parce que l'individu est doué d'une insensibilité spéciale, quelque puisse du reste être sa bravoure.

J'ai toujours conservé dans la mémoire les enseignements de Beau et ce doit être la raison pour laquelle, à une époque où on oubliait, avec ce nom de Beau, ses études très complètes sur l'hystérie chez l'homme, j'observais avec intérêt tout ce qui touche à cette question. J'ai d'abord reconnu, comme le disait Beau, que l'hystérie chez l'homme n'est pas rare, avec cette réserve peut-être que les cas complets présentant toutes les grandes manifestations de l'hystérie sont moins communes chez l'homme que chez la femme. Toutefois, j'en ai observé longtemps deux cas, qui étaient si remarquables à certains égards que je ne puis résister au désir de les signaler rapidement, quoique ces observations assez anciennes (l'une remonte à 1872, l'autre à 1875) aient été prises fort incomplètement. Il n'y a eu aucune étude régulière de la sensibilité; cependant, dans ces deux cas, je n'avais point trouvé d'analgésie, mais plutôt de l'hyperesthésie.

Observation I. — Le premier cas, que j'ai observé le moins longtemps, était celui d'un homme qui s'est présenté à mon observation en 1875. C'était un jeune homme d'une trentaine

d'années, qui avait un petit paquet d'hémorrhoïdes et qui au moment où je venais de l'examiner eut devant moi, dans mon cabinet, le plus bel accès d'hystérie que l'on puisse imaginer. La sensation de boule qui montait à la gorge et l'étranglait, était très bien décrit par lui. L'accès dura de vingt à vingt-cinq minutes, il eut des sanglots bien nets ; puis les accidents se dissipèrent, il se remit de son émotion en prenant un petit verre d'eau-de-vie auquel il paraissait accoutumé. Il avait de ces accidents plus ou moins fréquents depuis trois ans et les rapportait à un séjour qu'il avait fait sous l'équateur, mais il rapportait encore beaucoup de circonstances avec une imagination désordonnée. Je pris sur lui des renseignements et j'appris qu'il avait deux *sœurs* qui avaient des *attaques d'hystérie;* sa *mère* avait également des *attaques d'hystérie* et une grande bizarrerie de caractère. Le père était indemme de tout cas pathologique. Quant à lui, son nervosisme habituel était connu depuis l'enfance, de tous ses parents et amis. Personne ne put me renseigner exactement sur le début de ses accès. Lui me raconta qu'ils survenaient quelquefois sans causes connues, mais qu'ils étaient fréquents aussi sous l'influence d'une émotion vive, d'une grande fatigue ou d'une irritation douloureuse.

Observation II. — J'ai donné des soins en 1872 et années suivantes, à deux personnes, le frère et la sœur. La sœur avait tous les caractères des hystériques, accusait des troubles légers tels que boule hystérique, douleur fixe de la tête. Elle avait une douleur ovarienne, mais elle avait eu un phlegmon péri-utérin, ce qui empêchait de ce côté une observation nette. Elle disait n'avoir pas d'attaques de nerfs, mais des membres de la famille m'ont affirmé qu'elle en avait eu à plusieurs reprises.

Son *frère* avait le tempérament nerveux, développé d'une façon très remarquable. A la suite de quelques fatigues, modérées toutefois, il devint très dyspeptique, puis tout d'un coup éclatèrent des *accidents hystériques* très violents. Il vomissait régulièrement chaque matin et très souvent plusieurs fois dans la journée, à des intervalles variables et surtout quand il était en proie à une vive émotion, il était pris subitement d'accès de dyspnée des plus singuliers. Il accusait un état d'angoise extrême, il se sentait étrangler ; puis il avait des mouvements convulsifs qui prenaient de temps en temps un véritable caractère de violence. Il n'avait pas une perte de connaissance

complète. Cependant il conservait seulement un souvenir confus des circonstances de l'attaque. Après quelque temps les attaques revenaient presque chaque jour.

Des toniques, l'arsenic et surtout les douches froides administrées avec beaucoup de constance, ont amené la disparition des accidents. En plusieurs années ils n'ont été observés que très rarement et très atténués.

Bien que nous n'ayons jamais eu de renseignements très complets sur les parents, on croyait que la *mère* avait eu des *attaques de nerfs* dans sa jeunesse.

Cet individu était, même avant cette époque, d'une émotilité extrême. Il pleurait avec une grande facilité et il nous rapporta que même en état de santé parfaite, il vomissait sous l'influence de la moindre émotion, du dégoût le plus léger, et même à certaines époques sans cause excitante appréciable.

Après une période de bonne santé, ce jeune homme dont l'éducation était excellente et qui n'avait antérieurement aucune habitude alcoolique devint *dipsomane;* il arriva à un état de cachexie fort avancée puis il s'améliora sous l'influence de la suppression absolue de l'alcool. Bien que sa santé fut fort délabrée, depuis l'alcoolisme il n'avait plus eu d'accidents convulsifs, et les vomissements étaient devenus fort rares. Il avait eu des hémorrhagies nasales fréquentes, il avait maigri beaucoup, présentait de l'œdème des jambes, de la somnolence. Son état général était assez nouveau pour qu'on pût pronostiquer une fin prochaine.

Il n'avait plus d'attaques convulsives; mais son caractère était devenu très bizarre; et, bien qu'il fut très faible, à propos des sujets des plus futiles, il entrait dans des colères violentes qui se terminaient habituellement au milieu de flots de larmes.

Bien que les apparences fussent excessivement graves, sous l'influence de la suppression de l'alcool, sous l'action de douches, la rapidité de l'amélioration fut grande. Il se comporta encore dans cette circonstance, comme les hystériques. Après de nouveaux accès de dipsomanie, il finit par succomber à l'alcoolisme sans que j'aie eu l'occasion de le soigner à nouveau.

Ce sont là, sans contredit, des faits d'hystérie très complète dont les phénomènes ont été grossièrement étudiés, je l'accorde, et ne diffèrent pas de ce que l'on

observait en général chez les femmes. Si j'en parle, c'est que ces deux observations renferment au point de vue des antécédents des détails importants et intéressants. Les observations de ce genre se multiplient aujourd'hui avec des malades beaucoup mieux étudiés que les miens. On a observé chez l'homme à peu près tout ce que l'on peut observer chez la femme. On a même vu, et je veux insister sur ce point à cause de l'étude qui va suivre, on a vu, dis-je, que la douleur du ventre, dite douleur ovarienne, existe chez l'homme comme chez la femme.

A la Société médicale des Hôpitaux, M. Debove rapportant une curieuse observation, a signalé l'existence chez son malade, d'une douleur apparaissant par la pression dans la région qui correspond à celle de l'ovaire chez la femme. Selon M. Debove, la présence de ce point chez l'homme était une preuve que, chez la femme hystérique, la douleur dite ovarienne n'a pas son siège dans l'ovaire. Ceci cadre fort bien, du reste avec les faits connus : l'extirpation des ovaires sains ou malades n'a pas fait disparaître la douleur dite ovarienne.

J'ai moi-même, comme d'autres observateurs, enlevé des ovaires chez les femmes hystériques et constaté la persistance de la douleur abdominale. J'ai constaté aussi dans d'autres circonstances, comme je le dirai plus loin, la douleur abdominale chez l'homme.

Cela ne me paraît pas démontrer du tout que la douleur ne siège pas dans l'ovaire chez la femme. Cela démontre tout au plus que l'ovaire n'est pas le seul siège possible des douleurs abdominales chez les hystériques.

Chez la femme qui a subi la castration, la douleur se localise dans le moignon ou en un point plus élevé. Chez l'homme elle se fixe, dans les plexus de l'abdomen. Tout cela paraît assez simple. Ce sont des phénomènes qui se produisent à peu près dans la même région et qui ont une telle parenté qu'il est presque impossible de les distinguer l'une de l'autre.

Si l'hystérie de l'homme s'observe si nette, si complète, on doit penser que les cas où on rencontre des manifestations limitées imparfaites sont bien plus fréquentes encore. Parmi les manifestations limitées de l'hystérie, il y en a une qui devait appeler mon attention plus que toute autre, celle des troubles de la sensibilité amenant une insensibilité à la douleur, soit que cette insensibilité fût primitive, soit qu'elle résultât de l'action de causes extérieures, soit qu'elle fût créée par des manœuvres voulues.

C'est d'abord un fait vulgaire pour les chirurgiens que l'absence totale du sentiment de la douleur chez certains individus. Nous l'observons plus rarement aujourd'hui que l'on anesthésie tous les sujets qui doivent subir des opérations très douloureuses. Mais, dans le cas de certaines petites opérations, comme l'extraction des dents, il est évident qu'il y a des individus qui ne souffrent pas.

Comme Beau, je ne leur fais pas gloire de leur bravoure. Il y a des gens qui n'ont pas de manifestations, tout simplement parce qu'ils sont insensibles. Il serait très intéressant de voir dans quelle mesure ces gens, à insensibilité habituelle, se rapprochent des hystériques vrais. Je ne sache pas que cela ait jamais été fait, mais je suis bien convaincu

qu'on trouverait parmi eux des gens à rapprocher de ces types si bien étudiés par M. Charcot, qui a montré, chez l'hystérique homme, l'insensibilité au chaud, au froid, à la douleur.

A côté de cette insensibilité, qui résulte d'un état organique, il fait placer l'insensibilité temporaire qui résulte de certaines commotions morales. Il y a bien longtemps que l'on a signalé ce fait, que, dans l'ardeur de la bataille, les combattants ne s'apercevaient pas des blessures, mêmes graves, qui les atteignaient. Là, l'acte est assez complexe, et l'on considère que les blessures sont moins douloureuses qu'on ne pourrait se figurer aussi. Mais on a fait remarquer en même temps que ces mêmes combattants, encore sous l'influence de l'excitation de la lutte, subissent sans broncher des opérations chirurgicales, évidemment douloureuses. Les mêmes blessés, quelques jours plus tard, sortis de la période d'excitation, deviennent sensibles quelquefois à un haut degré. Il semble même pour quelques-uns qu'ils aient passé de l'anesthésie à l'hypéresthésie.

J'ai vu la *terreur* produire des effets analogues, Il m'est arrivé bien souvent de faire des opérations courtes à des individus très effrayés par la perspective d'une opération, sans qu'ils s'en fussent aperçus. Ils croyaient l'opération à faire quand elle était terminée, et cependant elle était douloureuse. Jamais je n'ai vu le phénomène plus marqué que chez un individu très pusillanime que j'accompagnai chez un dentiste, devant le chloroformer pour l'extraction de deux dents. Il était en proie à une double terreur de l'opération et du chloroforme qui devait, disait-il,

le faire mourir. Aussitôt que je lui mis la compresse sur le nez il devint blême avec la respiration courte, le pouls petit, sans avoir encore respiré de chloroforme. Voyant cet état de terreur dans lequel je me souciais peu de l'endormir, je fis signe au dentiste qui, avec la clef, lui arracha vivement ses deux molaires. Il ressentit si peu de douleur qu'il était convaincu qu'il avait été anesthésié avec le chloroforme. Ce ne fut que par la suite qu'il fut détrompé. C'était un sujet très impressionnable, mais n'ayant aucun antécédent neuropathique et n'ayant jamais présenté de caractère hystérique. Il avait eu, d'autres fois, des dents arrachées et avait ressenti vivement la douleur dans ces cas précédents.

Il y a quelques années, un médecin américain faisait connaître un procédé d'anesthésie générale assez singulier qui consiste à faire faire au patient, le plus vite possible, une série d'inspirations profondes et précipitées ; au bout de quelques instants, le sujet subit une anesthésie générale très passagère qui permet de lui faire une courte opération.

Je n'ai pas eu l'occasion d'appliquer ce procédé, mais je sais qu'un de nos confrères de l'armée, le Dr Accolas, a fait cet essai et obtenu des résultats assez curieux. Il résulte des ces essais que les sujets sont très inégalement impressionnés par cette méthode. Mais il y en a qui au bout de quelques minutes ont de certains troubles de la vue (ils voient rouge) et sont parfaitement anesthésiés pour quelques secondes. Je n'insiste pas sur ces différents faits. Mais je tiens à faire remarquer que sur des sujets prédisposés une impression morale vive suspend la sensibilité; je fais

remarquer aussi qu'il y a des sujets prédisposés chez lesquels certains actes purement mécaniques suffisent à faire disparaître la sensibilité pour quelques instants.

Pour observer des accidents hystériques chez l'homme ou simplement pour observer des troubles remarquables de la sensibilité, nous devons réunir des faits exceptionnels en tous cas peu communs. Mais est-il impossible que si nous observions dans d'autres climats, en particulier dans les pays chauds, sur des races différentes, habituées à une alimentation différente, dans des conditions de civilisation et d'impression différentes, est-il impossible que la proportion fût renversée et que ce qui était rare devînt commun? Ne pouvons-nous nous trouver en présence d'individus chez lesquels les troubles de la sensibilité sont très fréquents, dont le système nerveux est facile à l'excitation, à l'épuisement? En étudiant ces phénomènes avec soin, en appliquant en grand la méthode que Beau appliquait à l'interprétation de certains faits de l'histoire, nous trouverions sans doute l'explication de bien des faits extraordinaires, de choses dites inexplicables, qui ont paru si étranges qu'il a semblé souvent plus simple de les nier que de les interpréter.

N'oubliant rien des leçons premières que j'avais reçues au début de mon éducation médicale, j'ai observé des *indigènes* pendant quelques voyages que j'ai faits en Orient. Ayant séjourné quelque temps en Algérie, il m'est arrivé de voir des indigènes subir des opérations et j'ai observé leur attitude devant la douleur. J'ai vu des *séances d'Aissaouas* qui m'ont vivement intéressé; et cherchant toujours dans le même ordre d'idées, j'ai vu quelques phénomènes qui m'ont paru

avoir échappé à d'autres observateurs. J'ai de mon mieux interrogé tous ceux qui pouvaient me renseigner sur la matière, et j'ai appris quelques détails extrêmement instructifs, en particulier ceux que j'ai recueillis chez un médecin indigène, le Dr Mohamed-ben-Larbey (d'Alger).

Nous entendons sans cesse parler des aventures mystérieuses d'Orient, des épreuves douloureuses, extraordinaires supportées par certaines races et enfin des pratiques bizarres et cruelles de certaines manifestations religieuses. La raison principale de tous ces faits extraordinaires me paraît tout simplement que ces races sont plus faciles aux phénomènes nerveux favorisés du reste par le climat et le genre de vie de ces gens.

La conséquence c'est que, chez eux, des troubles de la sensibilité (analgésie surtout) sont infiniment plus communs que chez nous. C'est encore que s'appuyant sur cette prédisposition, ils sont arrivés depuis longtemps à des pratiques où le magnétisme empirique joue un rôle considérable. Ils sont venus à provoquer une partie des phénomènes qu'on a tant étudié chez nous depuis peu et dont la parenté avec l'hystérie est reconnue. Même, comme je le dirai plus loin, ils paraissent engendrer communément des accidents hystériques qui jettent un jour fort intéressant sur le processus de ces pratiques mystérieuses. Nous nous apercevons une fois de plus qu'ils ont découvert depuis longtemps ce que la science moderne étudie chez nous et que, dans la pratique, ils nous ont devancés d'une incalculable période.

Tous les médecins qui ont observé les populations indigènes du nord de l'Afrique et beaucoup d'Orientaux

s'accordent à dire que la douleur est supportée d'une étonnante façon par ces gens. J'ai eu moi-même quelques occasions de le constater au cours de quelques opérations que j'ai vu pratiquer à Alger par mon collègue et ami le Dr Bruch. J'ai été très frappé de cette manière de supporter l'opération, indifférente en quelque sorte, et comme si on la pratiquait sur le voisin. Il y a là une grande distinction à faire de ce cas et de celui de l'homme courageux qui ne veut laisser surprendre les manifestations violentes de son émotion mais dont la figure se contracte et qui est sans cesse trahi par quelques mouvements involontaires. Est-ce à dire qu'ils méprisent la douleur et tiennent à la braver comme on le pense souvent. Je ne le crois pas beaucoup. Ils ont une attitude que l'on a mal comprise. Ils ressemblent avant tout à ces individus qui n'ont conscience ni du froid ni du chaud et qui ne bravent le froid ou l'extrême chaleur que parce qu'ils sont incapables de les apprécier et de les mesurer. Ils ne se plaignent pas parce qu'ils ne sentent pas.

Pourquoi ne manifesteraient-ils pas s'ils souffraient? L'indigène d'Algérie, par exemple, n'est-il pas un manifestant avant tout, bruyant pour la moindre des causes, criant pour un objet qui nous ferait à peine parler plus haut. La douleur serait la seule impression qui le trouverait silencieux.

Contrairement à ce que l'on dit, il redoute parfaitement la douleur, même la douleur atténuée, la seule qu'il connaisse. Il ne tient pas à la braver s'il la prend pour certaines opérations chirurgicales. Le Dr Accolas, médecin-major, nous en signalait une preuve bien curieuse. Il a longtemps exercé à l'Oued Atme-

nia, province de Constantine. Il avait très vite reconnu que les indigènes, qui sont si défiants de tout ce qui vient de nous, ont cependant très vite appris ce que valait le chloroforme. Ils acceptaient bien les opérations qui leur paraissaient devoir leur rendre service, mais à la condition expresse d'être endormis par le chloroforme; ils ne cherchent donc pas à braver la douleur. Mais il est bien certain que dans les circonstances ordinaires de leur vie, ils mesurent fort mal la douleur. Même, on peut dire qu'elle leur est assez indifférente pour qu'ils ne puissent pas comprendre ce qui s'y rattache.

J'ai été bien frappé d'une conversation que j'eus 1881 à Biskra avec un *thoubib*. Il me donnait des renseignements sur la trépanation du crâne, et il me disait que, si je voulais rester deux jours de plus à Biskra, il trouverait bien quelqu'un à trépaner devant moi. Je m'étonnais de la facilité de ses compatriotes à accepter cette opération pratiquée par le thoubib avec des instruments grossiers et qui me semblait forcément douloureuse et longue. Cet homme, qui était fort intelligent, qui avait répondu d'une façon intéressante à toutes mes questions, ne pouvait pas arriver à comprendre celle-ci; cette idée de douleur n'avait aucune importance pour lui, et il avait été lui-même trépané quatre fois.

Ces individus normalement peu sensibles à la douleur ont une impressionnabilité bien autrement grande que la nôtre. Leur imagination est toujours en éveil. Individuellement, ou en masse, ils subissent des entraînements qui nous sont inconnus. Ce système nerveux si excitable est encore à la merci d'une ali-

mentation qui n'est même pas comparable à celle des plus pauvres de nos paysans. Pour les gens riches eux-mêmes la sobriété est extrême et le jeûne rigoureux est commun.

Il serait bien intéressant de savoir d'une façon exacte si chez eux l'hystérie de l'homme est plus commune que chez nous. D'après quelques renseignements, j'ai tout lieu de le penser; mais, comme je ne pourrais le démontrer, je n'insisterai pas sur ce point. Mais ce qui est très curieux, c'est qu'un certain nombre de ces gens évidemment prédisposés réussissent à produire artificiellement chez eux-mêmes une série de phénomènes caractéristiques de l'hystérie, une véritable hystérie artificielle. J'ai observé de ces pratiques qui constituent des expériences physiologiques de réelle importance et qui méritent d'être étudiées méthodiquement.

L'hystérie a toujours joué un rôle important dans les manifestations religieuses et l'on sait que certaines religions actuellement existantes en Orient en usent largement. L'islamisme, à ce point de vue, nous intéresse spécialement. Il utilise beaucoup le nervosisme, et chose très remarquable, il s'adresse exclusivement à l'homme. Dans cette religion, la femme ne joue aucun rôle. Individuellement elle n'a aucun droit d'entrée au paradis; elle n'y entre qu'utilisable sous la forme de houri, ou comme propriété du Prophète ou d'un saint. Les cérémonies religieuses la tiennent absolument à l'écart et marquée de quelque signe qui rappelle son infériorité. A l'homme la religion réserve toutes ses épreuves. L'ascétisme, la méditation s'unissent à des cérémonies entraînantes et conduisent

à des manifestations où le fait de braver la douleur joue un rôle important.

Les Aissaouas appartiennent à une secte qui paraît avoir réduit le principal de ses manifestations religieuses à ces séances pendant lesquelles ils doivent subir des épreuves douloureuses ou dégoûtantes.

Les épreuves publiques comportent deux parts; l'une d'acrobatisme assez vulgaire et l'autre d'insensibilisation par un procédé complexe. Il est inutile d'en rééditer la description qui a été bien des fois reproduite, mais en énumérant rapidement les faits de la séance on peut donner une idée nette des conditions dans lesquelles ils se produisent.

Dans un local ordinairement mal éclairé, habituellement resserré se groupent les musiciens et les danseurs. Les musiciens forment un demi-cercle et font face aux danseurs. Toutefois au début de la séance les musiciens sont plus ou moins mêlés aux danseurs et ceux-ci jouent même des instruments.

Celui qui dirige les exercices, et qui est le chef des musiciens, fait au début une sorte de prière, puis commence la musique c'est-à-dire un mélange d'un chant monotone accompagné par des coups de tambourins d'abord bien rythmés puis augmentant de violence et arrivant à un véritable vacarme. Au bout d'un temps de musique *toujours long*, un, puis plusieurs individus rangés auprès des musiciens se lèvent et se livrent aux mouvements rythmiques de la tête sur lesquels nous reviendrons.

Après une *longue préparation* viennent les exercices. Ceux-ci sont en général gradués. Les plus compliqués ne se produisent guère qu'à la fin de la séance. Au

début, on en fait peu à la fois; à la fin, plusieurs sujets travaillent simultanément. La séance *est longue :* trois ou quatre heures; puis, celle-ci terminée, les danseurs haletants, fatigués, se retirent et les musiciens font, avec plus ou moins de négligence, une prière.

Il y a deux ordres de faits à observer au cours de cette séance : 1° un ensemble de moyens employés pour déterminer l'insensibilisation du danseur; 2° les exercices proprement dits et la portée qu'ils peuvent avoir.

Le procédé d'insensibilisation est assez curieux à étudier parce qu'il comporte plusieurs éléments. L'entraînement religieux ne paraît jouer aucun rôle. La cérémonie commence bien par une prière, mais à laquelle personne ne paraît prêter d'attention. La musique au contraire joue un rôle très important, si on peut donner le nom de musique aux coups frappés d'une façon régulière sur un immense tambourin dont la forme rappelle assez bien les grands tamis à confitures. Les coups frappés avec une grande monotomie accompagnent un chant tout aussi monotone, qui garde sa régularité, tandis que l'accompagnement va en s'accélérant pendant les exercices. Pendant ceux-ci, les musiciens élèvent leurs tambourins au-dessus de la tête de l'acteur et l'enveloppent en quelque sorte de ce bruit étrange. La musique est continuée pendant une période considérable. Souvent, une demi-heure s'écoule avant que ce qu'on appelle la danse débute. En tous cas, un quart d'heure à vingt minutes paraissent un minimum nécessaire. Je ferai remarquer dès à présent que cette musique assez sauvage, qui vous impressionne d'abord fort désagréablement, vous donne

au bout de quelque temps une sensation singulière d'étourdissement, un petit vertige, auquel on résiste sans doute mais qui doit être ressentie assez vivement par les natures impressionnables. Lorsque cette musique exécutée par un nombre variable de musiciens a duré quelque temps, un des membres de la troupe se lève brusquement, fait face aux musiciens et le corps incliné en avant, se met à balancer la tête par un mouvement impossible à décrire. Il semble que les vertèbres du cou n'existent pas et que la tête lancée en l'air par un ressort retombe devant le tronc par son propre poids, pour être de nouveau rejetée en l'air ou de côté pour recommencer sa course.

Ce manège est longtemps continué. A Alger le danseur qui s'y livre le fait en fixant la *flamme* d'une sorte de cierge placé à côté du chef des musiciens. Cette flamme paraît jouer un rôle important dans le développement de l'insensibilité; mais tous les Aissaouas n'en usent pas. J'ai vu une troupe qui n'avait pas de bougie devant elle. Je n'ai pu m'assurer s'il n'y avait pas quelque autre point brillant fixé par le danseur. J'y reviendrai.

Pendant ces mouvements qui ont l'air désordonnés, mais qui sont très réguliers, la coiffure tombe; le danseur se dépouille de presque tous les vêtements, sauf le pantalon. S'il est seul, il se déplace peu sur le devant de la scène. Si plusieurs dansent ensemble, ils se tiennent enlacés et joignent au balancement de la tête une sorte de déplacement latéral qui se marie très bien au premier mouvement rythmique.

Ces mouvements ayant duré une demi-heure, et souvent beaucoup plus, les exercices commencent.

Mais d'autres éléments de préparation paraissent encore se joindre aux précédents. Des *matières odoriférantes* et surtout du benjoin sont projetées sur des fourneaux et l'acteur vient exposer sa figure à ces vapeurs qu'il aspire avidement. Il y a du reste, au-devant des musiciens, un cercle de fourneaux allumés, de réchauds sur lesquels ils chauffent la peau de leur tambourin, et si la séance a lieu dans un endroit clos il règne toujours une atmosphère insupportable de vapeurs de charbons. Certains des acteurs exposent leur tête fort longtemps au-dessus du réchaud qu'anime un des musiciens en agitant le tambourin au-devant de lui.

Lorsque tous ces exercices sont en train, la face se congestionne, bleuit; il y a une sorte d'exophtalmie; les yeux sortent de la tête; les épaules, les bras sont couverts de sueur; le front ruisselle. L'acteur commence alors ses exercices.

Ces cérémonies sont beaucoup moins épouvantables qu'on ne l'a dit souvent; et l'observateur non prévenu estime immédiatement que les sujets sont acrobates dans une certaine mesure. L'acrobatisme n'est pas très compliqué, et cela se conçoit car la période d'initiation est courte; les Aissaouas sont les premiers venus. La plupart de leurs exercices ne sont ni difficiles ni bien dangereux. Manger des feuilles de cactus, mâcher des étoupes enflammées, lécher ou frapper avec la main de gros fers rouges, mâcher et avaler des scorpions ou des couleuvres ou des poulets vivants, même des moutons, s'enfiler les joues, les narines ou les paupières avec des aiguilles plus ou moins acérées. Tout cela est dégoûtant, désagréable,

douloureux, mais point dangereux. Les seuls exercices dangereux consistent à monter pieds nus sur une *lame de sabre*, ou à se coucher dessus le ventre portant sur le fil de la lame, enfin mâcher du verre et l'avaler ensuite. Les derniers exercices ne sont guère pratiqués que par quelques spécialistes qui s'y sont préparés sans doute par des études plus ou moins longues. Le tour de la lame de sabre est exécuté d'une façon assez grossière et ne serait certainement pas en dehors des facultés des acrobates de nos foires. Celui du *verre à mâcher* est plus difficile mais point trop. Cette alimentation excentrique est pour eux beaucoup plus dangereuse qu'ils ne le disent, puisqu'ils ont la prétention d'être tout à fait indemnes aussitôt la terminaison de leurs séances. On m'a cité entre autres à l'hôpital de Mustaffa un des ces Aissaouas qui vint mourir après avoir avalé des clous.

Je ne voudrais pas oublier parmi ces exercices celui qui consiste à *enserrer le corps* du danseur par une corde sur laquelle les camarades se mettent à tirer. Le danseur, saisi, se trouve ainsi par le milieu du corps réduit à sa plus simple expression. C'est le seul exercice pour lequel je les ai vus quelquefois manifester de la douleur. C'est celui qui m'a paru en général le plus mal supporté et j'ai vu plusieurs fois le chef de la troupe intervenir pour le faire suspendre.

Ce qui caractérise la cérémonie, qui frappe le spectateur attentif, c'est l'état d'insensibilité relative du danseur, coexistant avec la conservation de la conscience. — Cette conservation de la conscience au premier abord paraît complète puisque le danseur s'interrompt, choisit des exercices, parle même aux spec-

tateurs. Toutefois, il arrive très souvent que l'individu paraît ivre au point d'avoir perdu la raison. Il se dirige mal. Peut-être irait-il plus loin qu'il n'est prudent. Il est alors l'objet de la surveillance très exacte de ses compagnons, musiciens ou danseurs, qui l'arrêtent ou le guident dans ses exercices. Quelquefois même, ils l'empêchent absolument de s'y livrer, le retiennent et attendent que la conscience soit un peu revenue. Ils rappellent alors absolument les gens qui retiennent les ivrognes en cours d'excentricités.

L'individu est insensible absolument ou relativement, car quel que soit le stoïcisme que l'on attribue à ces races, il serait inadmissible s'il était sensible qu'il pût se piquer la langue soit avec les épines du figuier de Barbarie qui bardelées pénètrent les chairs en les irritant vivement, soit avec des épines d'acacia ferox, soit avec de longues aiguilles destinées à cet usage, et qui, par leur forme rappellent un peu les brochettes très employées dans nos restaurants. Il montre encore son insensibilité en se piquant avec la pointe du poignard, mais ne manœuvre jamais le tranchant sur la peau. Le tranchant ne joue de rôle que quand il monte sur le sabre; et, dans cet exercice acrobatique, la lame est déviée en avant ou en arrière, de façon à éviter toute coupure.

L'exercice du *fer rouge* est très intéressant parce qu'il démontre à la fois la conscience persistante de l'individu et son insensibilité. Il montre aussi très bien l'action de l'acrobate connaissant parfaitement les propriétés du fer rouge et les utilisant. Le fer rouge employé rappelle assez bien nos anciens cautères. La surface en est large, étalée, et fait dire aux

spectateurs qu'ils lèchent des pelles rougies au feu. Leurs exercices principaux sont en effet les suivants : Ils lèchent la pelle, ils la frappent avec la paume de la main. Ils la frappent aussi avec un ou deux doigts ensemble ou séparément. L'action de lécher sans accidents s'explique par l'humidité constante et les lois de Boutigny. L'action de la chaleur rayonnante désagréable mais non dangereuse pour la face est négligée à cause de l'insensibilité dont ils jouissent. Elle est atténuée, du reste, par l'abondance de la sueur qui la recouvre. Ils ne frappent avec la paume de la main que lorsque celle-ci est très humide de sueur, ce qui est tout naturel, étant donné la violence de leurs exercices et les conditions dans lesquelles ils les pratiquent. Ils sont pendant le cours des exercices, constamment couverts d'une sueur abondante. La peau est donc en ce cas tout naturellement protégée contre le calorique.

Mais ces exercices avec le fer rouge, très effrayants pour le public, très appréciés des hommes et surtout des femmes indigènes, sont entourés de beaucoup de précautions pour éviter des accidents. Ces individus agités, hors d'eux, ivres, qui poussent des rugissements de fauves, qui semblent ne plus rien voir autour d'eux, ces individus ne prennent jamais le cautère par le mauvais bout. Ils saisissent délicatement d'une main l'extrémité froide ou peu chauffée et font les exercices d'épreuve sur la main du côté opposé. Pour celle-ci même, s'ils ne la trouvent pas assez humide, ils prennent grand soin de lécher les doigts avec lesquels ils frappent sur le fer rouge.

Il y a encore un exercice qu'ils font avec beaucoup d'adresse : ils font courir sur le thorax ou sur la peau

du ventre une sorte de masse armée de *grandes pointes*. Ils la saisissent bien au bout du manche et la passent sur la peau de façon à ce qu'aucune pointe ne pénètre profondément. Jamais ils ne placent la paume de la main sur les pointes de la masse.

On serait également éloigné de la vérité en se contentant de considérer des Aissaouas comme de vulgaires et médiocres acrobates ou en considérant les résultats qu'ils obtiennent comme mystérieux et inexplicables, ou en les embellissant à l'exemple d'une description célèbre de Théophile Gautier.

Il y a, dans l'étude attentive de ces *acrobates mystiques* plusieurs éléments qui frapperont certainement et qui jettent un certain jour sur la physiologie et la pathologie générale de certaines races :

1° Tous leurs exercices sont bien et méthodiquement groupés pour obtenir une excitation nerveuse déterminée, favorable à une anesthésie relative; 2° cette expérience se fait sur des races différentes de la nôtre dont l'excitabilité est très différente et qui présentent certainement un terrain très favorable; 3° dans cette race, ce sont surtout les individus prédisposés qui sont choisis et *qui subissent un entraînement spécial.*

Le *jeûne* et la *prière* ont probablement joué au début un rôle important dans la préparation. Le jeûne est pratiqué en Orient avec une facilité et une persistance qui est inconnue aux habitants des climats froids, et l'on conçoit aisément son rôle préparatoire. Mais dans la plupart des tribus d'Aissaouas, le côté religieux est fort abandonné. Le jeûne est probablement fort négligé aussi. La plupart ne quittent leurs

occupations ordinaires que peu avant la séance; aussi cette préparation ne compte guère.

Dans la séance nous voyons accumulés divers moyens d'hypnotisme. Le cierge qui occupe le milieu de la cour forme une sorte de centre pour tous leurs mouvements rythmiques. Sa présence est habituelle; la direction de leur regard est constamment conservée vers la lumière. Mais d'autres objets brillants sont là devant eux. Si le cierge manque, il y a le foyer pour les charbons ou les lames des poignards et des sabres.

Leurs mouvements ont deux caractères constants : ils impriment des secousses régulières au bulbe et au cerveau. Il s'y joint plus ou moins de mouvements du corps en avant et en arrière. Mais le mouvement de circumduction de la tête paraît être le mouvement capital; ceux qui essaient de s'y livrer n'y arrivent pas d'emblée, très loin de là. Aussi les chefs ne permettent aucun exercice à ceux qui s'essayent et qui ne l'exécutent pas encore avec une grande perfection. J'en ai vu prendre part à la danse et chercher à partager les exercices; ils étaient alors repoussés et les initiés me dirent que ces gens ne faisaient que commencer et ne pourraient agir sans danger.

Le *bruit rythmé* des grands tambours joue aussi un très grand rôle dans l'entraînement, et entre eux ils attachent une grande importance à *un bon accompagnement*. Le musicien est du reste, un personnage soldé et important, c'est lui qui entreprend la représentation au point de vue industriel. Quiconque a suivi ces séances se rend assez bien compte de l'effet de la musique, du bruit des tambourins qui vous abasourdit d'abord, finit par vous envelopper, vous entraîner, vous donner

une sorte de vertige contre lequel il faut se raidir. Et l'on conçoit très bien comment des assistants qui ne devaient pas prendre part à la fête se lèvent tout à coup et comme entraînés dans un mouvement irrésistible, viennent se mêler aux acteurs en se contentant de danser ou en prenant part aux actes malpropres mais non dangereux ou très douloureux. Je ferai remarquer, du reste que la vibration très intense du tambourin est recherchée. On n'emploie pas pour cette musique le petit tambourin qui accompagne les danses ordinaires, ni les tambourins à cymbales. C'est un immense tambourin de 48 à 50 centimètres de diamètre, fait avec grand soin ; la lame vibrante est sous-tendue de cordes en boyaux qui donnent un grésillement particulier et modifient le son, de façon à lui donner plus de monotonie, si possible. Le musicien le chauffe au-dessus des fourneaux, ce qui le tend et donne beaucoup plus d'intensité au son.

J'ai remarqué à plusieurs reprises une manœuvre qui m'a paru être propre à ajouter à l'anesthésie. L'acteur expose sa tête au-dessus des fourneaux et le musicien évente le fourneau de façon à lui envoyer dans la figure tous les produits de combustion. Souvent on jette quelques fragments de benjoin sur le foyer et les camarades tenant le danseur pantelant sous les bras exposent sa tête au-dessus du foyer. Je pense que c'est là un moyen additionnel pour déterminer l'anesthésie nécessaire.

N'est-ce pas le procédé d'excitation qui était appliqué à la pythonisse antique? Cependant je dois ajouter que le Dr Mohamed-ben-Larbey considère cette pratique comme destinée plutôt à modérer l'individu

trop entraîné par l'ardeur de la danse. Il n'y a pas jusqu'aux you you des femmes spectatrices qui ne jouent un rôle dans l'entraînement de ces danseurs.

Comme on le voit, les moyens employés par les Aissaouas sont en somme, assez simples. Ils insistent *avec une grande persistance.* La longue durée des mouvements de la tête et de la musique paraît un élément important pour la perte de la sensibilité. Au début d'une séance, ils ne font jamais les expériences qui pourraient être très douloureuses.

Lors du voyage d'une troupe d'Aissaouas à Paris, cette nécessité du long entraînement lui causa un *échec* complet aux Folies-Bergères. Au bout de quelques minutes, le public réclamait déjà les exercices. Peut-être aussi, le bruit qui se faisait autour de l'enceinte déterminait-il une sorte de distraction. Toujours est-il que la danse et les exercices devinrent tout à fait insignifiants. On dut chercher alors un local plus calme pour les produire dans de meilleures conditions.

Comme on l'observe dans toutes les expériences de magnétisme, il faut des sujets non seulement prédisposés mais entraînés. Si les Aissaouas sont gens de toutes sortes et de races différentes il est absolument inexact de dire, comme l'ont affirmé des narrateurs que l'on voit des assistants entraînés par le spectacle se mêler à leurs exercices. On voit, en effet, des individus venir balancer la tête ; mais là, se borne leur participation. Les dilettanti de ces réunions vous expliquent du reste avec détails, comment les danseurs arrivent progressivement à s'instruire dans l'art de faire l'Aissaoua. Ils vous signalent les progrès des gens qui ont

débuté depuis peu. J'ai eu, à cet égard des renseignements très complets.

Le résultat obtenu me paraît assez simple à analyser. Après ces exercices le danseur haletant, le corps couvert de sueur, a la face congestionnée, l'œil hagard; il pousse des cris que l'on compare à ceux des fauves et qui ressemblent surtout à ceux des hystériques avec plus de violence. Il est, en somme, atteint d'un état aigu d'*hystérie artificielle*, pendant laquelle il jouit d'une insensibilité relative. Ce n'est pas là une vue de l'esprit, et l'on constatera certains caractères qui permettent de l'affirmer. Ce ne sont point seulement ces cris qui nous font dire cela. D'abord la suppression de la douleur est évidente. Un homme vaillant peut à la rigueur, supporter sans réaction nerveuse apparente une douleur de courte durée. Mais, quelle que soit cette vaillance, la longue durée de l'épreuve ne permet de supposer ici rien de pareil. Il est facile de s'en convaincre en examinant attentivement la figure de chaque danseur pendant les exercices ; l'on voit qu'aucun mouvement de physionomie ne trahit le phénomène douleur ; ils ne la bravent pas, ils sont indifférents. Cependant de ces exercices, certains sans être très dangereux devraient être très douloureux : les piqûres sur certaines régions (lèvres et nez) les attouchements avec les feuilles du figuier de Barbarie, et l'acte de mâcher les mêmes feuilles.

L'insensibilité s'accompagne d'un phénomène commun chez les hystériques. On sait que sur les membres anesthésiés, fréquemment les piqûres ne saignent pas ou au moins les hémorrhagies sont peu abondantes. C'est un fait sur lequel les Aissaouas attirent cons-

tamment votre attention; ils vous montrent sans cesse les points où l'instrument a passé pour bien faire voir qu'il n'a laissé aucune trace et qu'il ne coule pas de sang. Cependant ces phénomènes ne sont pas constants; si la plaie porte dans une région très vasculaire, ils saignent parfaitement. Un jour j'en ai vu un qui avait été mordu à la lèvre par un serpent. Il saigna tant que dura la représentation.

Un autre, qui avait roulé sur sa poitrine la masse armée de piques avait sans doute atteint quelque veine superficielle, car il se mit à saigner. Ces événements parurent leur être désagréables; ils les dissimulèrent d'abord de leur mieux. Puis, quand l'écoulement se renouvelant, il devint impossible de le cacher, ils se piquèrent à côté pour bien montrer que la plaie nouvelle ne saignait pas comme l'ancienne. De fait *ils évitent avec le plus grand soin toute région manifestement vasculaire.*

Ils ont pourtant aussi la prétention d'être invulnérables; ils affirment que leurs épreuves ne sauraient entraîner de conséquences fâcheuses. Or, c'est là une assertion absolument contraire aux faits. Les accidents sont rares parce qu'ils prennent les plus grands soins pour éviter les régions dangereuses. Pour les exercices en apparence menaçants, ils ont un acrobatisme suffisant. Mais pour l'ingestion des corps étrangers par exemple, il peut être mis en défaut; et on montre au musée, de l'hôpital de Mustapha, l'estomac d'un Aissaoua qui avait voulu avaler des clous et qui avait succombé avec l'estomac perforé après en avoir ingéré du reste des quantités considérables.

Au point de vue de leur invulnérabilité, que valent les

exercices des serpents et du scorpion? Ils disent se faire piquer par des vipères et avaler des scorpions vivants. En fait de vipères, je n'ai vu qu'un animal qui ressemblait à une couleuvre et avait l'air sérieusement malade et je ne puis dire dans quelle mesure les scorpions avaient été rendus inoffensifs. Cela me paraît rentrer dans ce qui fait la part de l'acrobatie.

La conscience est un peu mieux conservée chez eux que chez les individus en attaque d'hystérie vraie. Mais cette conservation de la conscience est loin d'être toujours égale; dans la troupe, le chef et certains musiciens suivent attentivement le danseur; et, s'ils le trouvent trop excité, trop inconscient, ils l'empêchent de faire les exercices avant qu'il ne soit revenu à un état favorable. Et ceci arrive vite. L'état d'excitation de l'Aissaoua est passager, et, si le même individu doit faire plusieurs exercices à la suite, il est obligé de recommencer lesdits préliminaires d'excitation jusqu'à ce que l'état favorable qui était tombé soit revenu. Cette chute rapide de l'état hystérique nécessaire explique comment, la séance terminée, l'Aissaoua paraît calme et comment, le lendemain, il peut être rendu à ses occupations habituelles. Mais il existe une preuve plus claire encore de l'état hystérique, les convulsions. Deux fois, j'ai vu naître des convulsions caractérisées chez un adulte, et chez un jeune garçon de quinze ou seize ans. Ces *attaques convulsives* furent de courte durée. Chose très intéressante, les deux fois le chef intervint pour les arrêter par le procédé classique de la compression du ventre. Il se mit à genoux sur les côtés du patient et avec les deux poings fermés il comprima vigoureusement le ventre;

cela lui était d'autant plus facile, que le patient, dépouillé de la plupart de ses vêtements pendant la danse avait le ventre découvert.

Chez l'adulte, les convulsions durèrent un peu; chez le jeune garçon, leur disparition fut presque instantanée. Cet incident n'était évidemment pas désiré, et quelques camarades, cherchant à entourer le convulsionnaire, le masquaient au public.

Aussitôt la convulsion passée, le danseur, par ordre du chef, prit du repos dans un coin.

Je ne sache pas que l'on ait attiré l'attention sur ce point. Ce petit fait me paraît jeter un grand jour sur la physiologie pathologique de l'Aissaoua. En somme, l'intervention du chef est exactement celle des infirmières des services d'hystériques et d'hystéro-épileptiques. Ce n'est pas en pratique la compression directe des ovaires que l'on fait pour arrêter les convulsions, c'est la compression du ventre, du bassin. Les ovaires sont sans doute médiatement comprimés, mais tous les plexus du ventre sont comprimés de la sorte; on sait même que les infirmières réduisent souvent la compression des ovaires à sa plus simple expression en s'asseyant sur le ventre de la patiente.

Il serait très intéressant de savoir quel genre de sujets se livrent à ces pratiques d'Aissaoua. Il est plus difficile que l'on ne saurait croire de se procurer de ces renseignements, et tout ce que j'avais pu apprendre d'abord, c'est que l'Aissaoua n'appartient à aucune profession; il y avait parmi les troupes que j'ai vues des gens de toutes professions : l'un était un crieur public, l'autre un portefaix, un autre était tailleur, un autre vendait des poteries, etc., etc. Seulement, on

rencontre dans le même groupe plusieurs membres de la même famille. J'y ai vu le père et les deux fils.

M. le Dr Mohamed-ben-Larbey me donna quelques renseignements intimes qui ne manquent pas d'intérêt. Il a vu à plusieurs reprises des gens présentant des antécédents nerveux. Il m'en citait un qui avait un père épileptique, l'autre un frère goitreux et idiot, etc.

Souvent les sujets qui se livrent à ces exercices sont des gens vicieux. La pédérastie qui n'est pas rare en Orient, est particulièrement fréquente chez eux. Souvent, ce sont de mauvais sujets qui se battent sans cesse. En dehors de ses exercices, l'Aissaoua reste fort peu sensible. Il semblerait qu'il ne recouvre jamais complètement la sensibilité que ses exercices lui ont fait perdre. Ce renseignement nous a été donné, nous n'avons pu le vérifier. »

La plupart d'entre eux sont atteints d'une véritable boulimie. Ils mangent avec une voracité étonnante ; aussi la chose est passée en proverbe ; on dit : « Manger comme un Aissaoua.

J'aurais voulu savoir si le fait des convulsions au cours de la danse se reproduisait souvent, et si la *compression du ventre* était employéè par tous, mais je ne pus arriver à m'en assurer. M. le Dr Mohamed-ben-Larbey me dit seulement que la douleur de ventre était très commune chez eux dans l'intervalle de leurs exercices. Il en avait vu plusieurs s'en plaindre.

Il y aurait intérêt à savoir quelle nature d'individu on rencontre parmi les Aissaouas et le motif qui les détermine à faire ces exercices, On admet généralement qu'ils obéissent à un entraînement religieux. Peut-être cela s'est-il produit autrefois; peut-être

observait-on là une détermination de l'ordre de celle que l'on voit chez les fanatiques qui se mutilent à Constantinople pour certaines fêtes, de ceux qui se précipitent sous les pas des chevaux et des Indous qui se font écraser par les roues des chars sacrés. Mais, dans la pratique actuelle, il faut écarter ce motif. Il semble même que les Aissaouas affectent d'être moins religieux que beaucoup de leurs congénères.

Est-ce la cupidité qui les entraîne. Je ne le crois pas davantage. D'abord, sauf les grandes villes, les spectateurs généreux sont si peu communs, que les troupes ont de la peine à se procurer les éléments nécessaires à la cérémonie, moutons, poulets, serpents, scorpions (crevettes de terre). Et puis, même quand ils trouvent des spectateurs disposés à payer, l'Aissaoua n'a pas de profit. Les musiciens sont les entrepreneurs de la fête et la recette leur est abandonnée en paiement de leur peine. Il y a bien la satisfaction, d'étonner de se donner en spectacle à des admirateurs. Mais ce ne serait pas là un motif suffisant pour encourager à des pratiques qui demandent un si long entraînement, qui déterminent une véritable fatigue, chez des gens qui ne sont pas prodigues d'efforts inutiles.

Il est probable que ces gens trouvent un plaisir, une satisfaction dans ces pratiques. Il est bien possible même que leurs exercices déterminent une certaine excitation génésique. Il paraît certain qu'au cours de ces exercices il se produit assez souvent une éjaculation.

La pratique de ces danses désordonnées suivies d'une violente agitation n'est pas un fait isolé chez les Aissaouas. On les retrouve en plusieurs contrées. En cau-

sant avec le regretté Bastien Lepage d'une séance d'Aissaouas dont le pittoresque l'avait beaucoup frappé, j'appris un autre cas de ce genre. A l'époque de la guerre du Zoulouland, il avait vu à Londres un barnum qui avait amené un lot de naturels du Zoulouland pour les exhiber, puis l'autorisation, d'abord donnée, lui avait été refusée. Or, la troupe attendait, avait des loisirs et le barnum, pour les occuper, avait dû leur donner une vaste salle nue, où ils se livraient sans témoins à des danses de ce genre à la suite desquelles dans une sorte d'ivresse, ils cassaient tout ce qu'ils rencontraient, se blessaient, et cela pour leur satisfaction intime puisqu'ils n'avaient pas de spectateurs. Bastien Lepage avait assisté à un bacchanal de ce genre et me signalait son analogie avec la séance des Aissaouas.

Je n'ai pas la prétention d'avoir rien découvert en signalant ce cas. Je le cite surtout parce qu'il appartient à des peuplades sauvages dont l'entraînement religieux ne présente pas une grande intensité et qui paraissent agir ainsi pour le plaisir des sens. Si on cherchait au contraire des pratiques de ce genre où le côté religieux joue un rôle considérale on en rencontrerait beaucoup en Orient.

Il y a deux ans, M. Zambaco (de Constantinople) publiait une note fort intéressante où il s'occupait surtout de la secte des Naxi Bendi qui se livrent à des exercices rappelant en quelques points ceux des Aissaouas.

Les séances religieuses où le magnétisme paraît jouer un rôle important, se terminent par des cris, des convulsions, de véritables attaques d'hystérie. Ces pra-

tiques religieuses offrent, ceci de particulier qu'elles sont suivies par des femmes.

Il y a bien d'autres faits semblables encore et on ne finirait pas de les citer. Ne les connaissant pas *de visu*, je me garderais bien d'en déterminer le caractère intime. Mais il suffit de savoir qu'ils existent pour conclure qu'ils indiquent, pour la plupart des Orientaux, un système nerveux beaucoup plus émotif que le nôtre.

Il est probable que chez ces gens des faits que nous avons quelque peine à constater chez nous, sont chose vulgaire. Il est bien probable que si on les étudiait en leur pays comme on étudie les hommes ou les femmes à la Salpêtrière, on arriverait à des résultats très intéressants. Je crois bien que, chez eux, on complèterait d'une étonnante façon l'étude de l'hystérie chez l'homme. On expliquerait ainsi bien des faits singuliers et l'on donnerait la raison de troubles de la sensibilité qui démontrent une fois de plus les différences profondes qui séparent les races humaines. L'unité de l'espèce humaine est le résultat d'une conception philosophique. Au point de vue de la physiologie et de l'anatomie, elle est sans cesse démentie par les faits.

PSYCHOPHYSIQUE

RECHERCHES CLINIQUES SUR LA PSYCHOPHYSIQUE : ÉTUDE SUR LA PERCEPTIBILITÉ DIFFÉRENTIELLE[1] ;

Par MAURICE MENDELSSOHN et F.-C. MULLER-LYER.

INTRODUCTION

Depuis que la psychologie est descendue des régions nébuleuses de la métaphysique sur le terrain positif des sciences naturelles, on voit s'établir une union intime entre la psychologie, devenue une science indépendante, et la physiologie et la pathologie cérébrale. Toutes ces sciences venant en aide l'une à l'autre tendent à s'éclaircir mutuellement et contribuent ainsi, loin de toute spéculation transcendante, à la connaissance exacte des phénomènes psychiques. Mais si la psychologie a déjà largement profité des méthodes et des données qui lui ont été fournies par la physiologie du système nerveux, il n'en est pas de même pour ce qui concerne la pathologie cérébrale. La psychologie n'a que depuis peu de temps droit de cité dans la clinique, et c'est surtout aux efforts incessants de M. Charcot qu'on doit la prise de possession de la psychologie par les méthodes positives de l'observation médicale.

[1] Travail du laboratoire clinique de M. le professeur Charcot à la Salpêtrière.

Malgré ces efforts, qui font honneur à l'école de la Salpêtrière et à son éminent maître, la psychophysique, cette plus belle et plus exacte partie de la psychologie, n'a pas encore pris pied dans la clinique et, au moment où nous avons entrepris les recherches qui font l'objet du travail présent (le 1er mai 1885), nous n'avons eu connaissance d'aucun travail ayant trait à l'étude des phénomènes psychophysiques chez les malades. Il est même surprenant que le clinicien, ayant à chaque instant à analyser la « sensation », ce phénomène psychologique primitif et irréductible, qu'on trouve à l'origine de tous les processus psychiques, n'ait pas été tenté de recourir à des procédés psychophysiques, les seuls qui permettent, comme on va le voir tout à l'heure, de mesurer les sensations avec une précision pour ainsi dire mathématique.

D'autre part, les recherches psychophysiques faites sur l'homme malade présentent un très grand intérêt non seulement pour le clinicien, mais aussi pour le physiologiste. Ce dernier doit nécessairement aborder ce champ d'investigation, comme le seul où toute vivisection devient impossible, la physiologie des sens ne pouvant se faire sur l'animal que dans des limites très restreintes. Or, le processus morbide remplace très avantageusement la vivisection, en éliminant la fonction d'une partie ou de tout un organe dégénéré, et en mettant en évidence la fonction voisine. C'est ainsi que la méthode pathologique est la seule praticable dans l'étude des fonctions isolées d'un appareil sensoriel qui fonctionne comme un tout, comme une entité.

Aussi, nous avons cru utile d'entreprendre au cours de l'année 1885 et de la première moitié de l'an-

née 1886, dans le laboratoire clinique de M. Charcot à la Salpêtrière, une série de recherches sur les modifications que les lois psychophysiques subissent sous l'influence des maladies du système nerveux[1]. Nous avons commencé nos recherches par l'étude de la perceptibilité différentielle du sens de la vue, et ce sont les résultats de ces recherches qui font l'objet de notre travail présent, ce dernier n'étant disons-le tout de suite, que le premier d'une série de mémoires que nous nous proposons de publier plus tard sur la psychophysique pathologique. Avant d'aborder notre sujet, nous croyons utile de résumer, aussi brièvement que possible, les principales données de la psychophysique.

Lorsqu'un excitant doué d'une énergie suffisante vient à rencontrer l'appareil terminal d'un nerf conducteur centripète, une sensation naît par là même dans la conscience. Un phénomène initial purement physique a donc été ici la cause déterminante d'un phénomène ultérieur psychique. Aussi le processus dans son ensemble est-il qualifié, depuis Fechner, de « psychophysique ».

Sous le nom de *psychophysique*, on entend l'étude des rapports fondamentaux entre les phénomènes déterminants et les phénomènes psychiques déterminés; il s'agit ici surtout des rapports de grandeur. Mesurer ces deux phénomènes, afin d'établir avec certitude les

[1] Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre profonde reconnaissance à notre illustre maître, M. le professeur Charcot, pour le précieux concours qu'il a prêté à notre travail, pendant toute la durée de nos recherches. Nous remercions également M. le Dr Parinaud, chef du service ophtalmologique de la Salpêtrière, de l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition les instruments de son laboratoire, qui nous étaient d'un grand secours dans nos études.

rapports en question, telle est la tâche que se propose la psychophysique considérée comme science expérimentale. — Mais les deux phénomènes en question, le premier seulement est susceptible de mesure directe. Nous pouvons dire en effet, en nous basant sur une mensuration directe: l'action de tel poids sur le sens de la pression est trois fois celle de tel autre; telle lumière a une intensité triple de telle autre; quant aux sensations qui en résultent, nous ne pouvons qu'accuser leur énergie relative, dire d'une manière générale, que telle est plus forte que telle autre. Il nous est impossible de déterminer combien, ou quel nombre de fois par exemple, une sensation lumineuse est plus intense qu'une autre; et il n'existe pas jusqu'ici de méthode qui permette de déterminer ces valeurs d'une manière positive et directe.

Le chemin est donc fermé de ce côté à la psychophysique, au moins provisoirement; par le bonheur, il existe une autre méthode, dont la découverte est due au père de la physiologie métrique à E.-H. Weber. Cette méthode consiste à chercher les rapports mutuels non pas de l'excitant et de la sensation, mais de la différence entre deux excitants d'une part, et de celle entre deux sensations (perception différentielle) de l'autre. — Nous allons donner les explications nécessaires.

Supposons qu'un ton musical d'une tenue égale ayant une intensité donnée, *a*, frappe notre oreille et produise une sensation. Si ce ton vient à subir une modification d'une certaine rapidité, qu'il soit par exemple renforcé de manière à atteindre une intensité, *b*, nous n'aurons pas seulement deux sensations suc-

cessives, dont l'une correspondra au ton *a*, l'autre au ton *b*, mais nous percevrons encore le « renforcement » c'est-à-dire la différence qui existe entre *a* et *b* et c'est là ce qu'on appelle une *perception différentielle*. On peut ainsi chercher pour toute une série d'intensités *a*, *b*, *c*... du même ton, les accroissements α, β, γ, capables d'être perçus. Nous savons déjà, par l'expérience de chaque jour, que l'oreille ne saisit pas tout renforcement d'un bruit, mais que le renforcement pour être perçu, doit être plus considérable que le bruit en question est plus intense. On parvient ainsi à établir une série numérique, où se révèlent les connexions mathémathiques entre les valeurs d'une grandeur psychique (perception différentielle) et celle d'une grandeur physique (différence entre deux excitants ou entre deux états successifs d'un même excitant). Etant admis que les « perceptions différentielles limites », c'est-à-dire celles qui, dépassant à peine zéro, entraînent un état conscient minimum, sont d'égale grandeur, on a ainsi une série de valeurs psychiques égales en relation mathématique avec divers des phénomènes physiques susceptibles de mesure. Ainsi se trouve posée une des bases de la psychophysique.

E.-H. Weber le premier a dirigé ses recherches de ce côté, et sans négliger les autres points, il s'est attaché d'une manière spéciale au sens de la pression. Il s'est demandé : — étant donnée une série de poids *a*, *b*, *c*, de quelles quantités α, β, γ, il fallait augmenter chacun de ces poids pour rendre l'augmentation appréciable, et c'est ainsi qu'il réussit à formuler la loi célèbre « la loi de Weber », d'après laquelle » l'accroissement doit, pour être à peine perçu, être propor-

tionnel à l'excitant, auquel il s'ajoute ». Ainsi le renforcement d'un bruit d'intensité double doit être également doublé pour être perçu, en tant qu'accroissement comme l'était le bruit simple.

La loi de Weber est la base réelle qui a servi à Fechner pour établir la psychophysique ; à la recherche d'une mesure applicable aux grandeurs psychiques, il a tâché de déduire de la loi précédente des formules mathématiques pour la mensuration de la sensation, de la perception différentielle, de la somme des sensations, et d'autres valeurs encore. Mais cet ordre de faits n'étant pas accessible à l'expérimentation nous n'entrerons pas dans ces détails, d'autant plus on ne saurait se le dissimuler, — que les déductions psychophysiques de Fechner sont fortement attaquées et même renversées sur divers points. Par contre, nous pouvons dire quelques mots de la nomenclature psychophysique telle qu'elle a été créée par Fechner et qu'elle est admise généralement dans la science, ainsi que du dispositif expérimental requis pour cet ordre de recherches, ces deux points étant d'une importance majeure pour l'intelligence du présent travail.

Tout excitant pour être perçu doit atteindre une grandeur déterminée, au-dessous de laquelle il ne se produit aucune sensation : c'est ainsi que, pour emprunter un exemple à Fechner — incapables de percevoir le bruit d'une chenille qui mange, nous entendons fort bien celui d'une légion de ces insectes en train de dévorer les feuilles; et cependant ce bruit n'est pas autre chose que celui d'une chenille isolée multiplié un certain nombre de fois par lui-même.

Cette valeur, qui doit atteindre l'intensité de l'excitant pour être généralement susceptible, reçoit le nom de *seuil*, parce que l'excitant franchit là en quelque sorte le seuil de la conscience; on lui donne en outre le qualificatif de simple pour la distinguer du « seuil différentiel » qui est la valeur que doit atteindre la différence entre deux excitants pour être perçue soit comme différence entre deux excitants distincts, soit deux états successifs d'un même excitant.

La différence entre deux excitants peut être conçue comme une grandeur *absolue*, ou bien comme une valeur *relative* à l'un des deux excitants. Soit deux poids distincts, l'un de 99 grammes et l'autre de 100, la différence absolue est de 1 gramme: la différence relative un 1/99 par rapport au plus faible des deux poids, et de 1/100 par rapport au plus fort.

Sous la dénomination de « *perceptibilité différentielle* » en entend la faculté de percevoir des différences entre deux excitants de même nature. La perceptibilité différentielle se mesure par la réciproque de la différence relative donnée : on dit que la perceptibilité différentielle est de 1/100 lorsqu'à un excitant la centième partie doit s'ajouter pour pouvoir être perçue en tant qu'accroissement; elle est dans ce cas vingt fois plus considérable que si c'était la plus petite fraction de l'excitant qui dût s'ajouter pour devenir perceptible.

Abordons maintenant la partie expérimentale de la psychophysique. Depuis l'appréciation faite par Fechner de leur importance, les travaux de Weber ne sont pas seulement devenus la base des déductions mathématiques, psychologiques et philo-

sophiques les plus étendus, elles ont aussi provoqué la réunion d'une foule de documents expérimentaux sur la perceptibilité différentielle. — Cette perceptibilité, on l'a solidement établie pour tous les organes des sens dans les conditions normales; on lui a trouvé des valeurs très diverses, suivant la nature de l'organe sensoriel : de 1/100 pour le sens de la vue, elle est de 1/3 pour le sens de la pression, de la température et du son, et de 1/17 pour l'effort musculaire.

Après les différences de *quantité*, celles de *qualité* sont entrées dans le domaine des recherches (par exemple les différences entre tel et tel son chromatique ou musical). On a découvert que la validité de la loi de Weber en général comportait des restrictions de plus d'un genre. C'est ainsi qu'une base expérimentale large et solide a été donnée à la psychophysique.

C'est aussi la partie expérimentale de cette science que nous prendrons comme point de départ, lorsque nous étudierons les lois psychophysiques dans des conditions pathologiques. Nous chercherons non seulement la façon dont ces lois se comportent dans l'organisme malade, mais aussi nous tenterons à déterminer le rapport qui existe entre les modifications des phénomènes psychophysiques et le processus morbide dont elles résultent. Nous croyons ainsi pouvoir justifier notre tentative de *psychophysique pathologique* et revendiquer pour cette science le même droit de cité dans la clinique, que la physiologie pathologique y a conquis déjà depuis bien longtemps.

Ces préliminaires nous ont paru indispensables pour l'intelligence des faits que nous allons exposer maintenant et qui ont trait à la perceptibilité différen-

tielle du sens de la vue chez l'homme sain et malade, en particulier dans les maladies du système nerveux.

(*A suivre.*)

CLINIQUE NERVEUSE

DE L'ÉPILEPSIE PROCURSIVE[1];

Par BOURNEVILLE et P. BRICON.

II. Historique.

L'*épilepsie procursive*, quoique peu commune, a déjà été signalée depuis longtemps; nous avons pu, en effet, en relever un certain nombre d'exemples dans les auteurs de notre siècle et des siècles précédents. D'abord décrite sous le nom d'*epilepsia procursiva*, puis sous celui de *chorea procursiva seu festinans*, elle est enfin classée par les auteurs de la première moitié de ce siècle parmi les chorées, genre vague où entraient et entrent encore un grand nombre de névroses; confondue alors souvent avec la paralysie agitante, on en trouve encore des observations publiées sous les noms de *chorea circumrotatoria*, *rotatoria*, *circumambulatoria*, *saltatoria*, etc. Les *mouvements involontaires* de Wicke, la *musculation irrésistible* de Roth, les *impulsions systématisées* de Jaccoud, les *spasmes*

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, vol. XIII, n° 39, mai 1887, p. 321.

coordonnés[1] de Romberg, etc., etc., sont tous des termes de classification basée sur un ou plusieurs symptômes isolés embrassant également en partie l'ancienne *épilepsie procursive*. C'est à Thomas Eraste[2], à notre connaissance, qu'est due la première observation se rapportant réellement à cette forme d'épilepsie.

OBSERVATION III. — *Début de l'épilepsie à la suite d'une chute. — Tournoiement, puis course; parfois accès ordinaire.*

« J'ai guéri, dit-il, l'année passée, un adolescent qui, étant tombé d'une hauteur considérable et s'étant meurtri la tempe, était sujet, depuis cette époque, à des *accès* d'épilepsie, pendant lesquels il tournait rapidement sur lui-même trois ou quatre fois, puis se précipitait involontairement en avant, si l'on ne l'en empêchait. Avant de tomber, ce qui arrivait du reste très rarement, il se frottait rapidement le visage avec les mains. En revenant à lui, il ne savait rien de ce qui s'était passé. »

Eraste en ces quelques lignes a retracé le tableau exact de l'épilepsie procursive: course en avant, parfois suivie de chute consécutive; frottement de la face, etc. Ajoutons qu'ici, la phase propulsive était précédée d'une rotation.

Nous empruntons l'observation suivante à Bootius[3]. Il en fait précéder l'exposé de quelques réflexions judicieuses qu'il nous semble bon de rappeler. « Plusieurs médecins, dit-il, ont déjà noté que les épileptiques ne tombaient pas toujours dans les accès, que

[1] Les deux observations que Romberg a relatées en entier dans son Traité sont deux cas d'hystérie.

[2] *Comitis montani vicentini noui medicorum censoris quinque librorum de morbis nuper editorum viva anatome: in quâ multa artis medicæ capita accuratissime declarantur* a Thoma Erasto, philosopho et medico. Basillæ, MDXXCI, pars II, p. 195.

[3] Bootius. — *Observationes medicæ de affectibus omissis.* Londini, 1649. *De epilepsiâ procursivâ*, caput sextum.

quelques-uns restaient debout, que d'autres s'asseyaient, ou bien encore exécutaient soit des mouvements de manège, soit des mouvements irréguliers. Il nous paraît intéressant de rapprocher de ces cas ce que nous avons observé sur un enfant de douze ans.»

OBSERVATION IV. — *Enfant de douze ans. Accès procursifs. — Courses accompagnées d'abolition de la vue et de l'intelligence.*

Chaque fois que cet enfant était pris d'un accès, il courait droit devant lui et ne s'arrêtait que s'il rencontrait un obstacle pouvant l'empêcher de poursuivre sa course et sur lequel il se précipitait avec impétuosité. Ni l'eau, ni le feu, ni les précipices ne pouvaient le faire dévier de sa route; on ne l'en préservait qu'en le retenant, car, durant ces accès il ne voyait ni ne comprenait. Il est fort probable que si ces accès se fussent produits en plaine où une plus grande étendue de terrain lui eût permis de courir assez longtemps, il n'aurait pu tomber à terre de toute la durée de l'accès. Mais ce point n'a pu être élucidé par nous, car le malade, toujours retenu dans une enceinte, ne pouvait être pris d'accès qu'à la maison ou dans des cours.»

Dans le cas de Bootius comme dans celui d'Eraste, on ne peut douter qu'il ne s'agisse d'un malade atteint d'épilepsie procursive; mais quoique plus longue que la précédente cette observation est moins complète que celle d'Eraste. On ne saurait classer parmi les cas d'épilepsie procursive, comme l'ont fait ce temps-ci quelques auteurs, l'observation publiée par Tulpius[1]. Il s'agit en effet d'un malade qui courait jour et nuit, si rapidement et avec des mouvements du corps si ininterrompus que la sueur lui coulait de partout; le besoin du sommeil seul l'arrêtait. Il est probable qu'il ne s'agit là ni d'épilepsie procursive ni de chorée, mais bien de paralysie agitante.

[1] Tulpius. — *Observ. méd.* Amsterdam, 1672.

Dans sa *Pratique de médecine spéciale*, Etmüller[1] divise l'épilepsie en trois degrés : le premier comprend l'*absence* et le *vertige ;* le second comprend les cas dans lesquels le « corps est tourmenté par diverses *secousses*, sans la perte du sentiment et de la raison ou avec quelque dépravation de ces facultés »; puis l'auteur ajoute qu'il y a quelques exemples de cette variété d'épilepsie dans la *Pathologie du cerveau* de Willis, dans la *Pratique de Rivière*, dans les *Epîtres* de Timeus, dans les *Histoires* de Salmuth, etc. De ce genre est « l'épilepsie dont parle Bootius (*Traité des affections omises*, ch. VI) d'un malade qui courait durant tout le paroxysme (voir p. 57); et l'épilepsie d'un homme des environs de Leipsick qui ne faisait que pirouetter durant le paroxysme. »

Paullini[2] cite le cas d'un enfant de cinq ans qui ne tombait pas au moment de l'accès mais courait *per lutum et aquam*. Le même auteur avait publié en 1687 une observation qui rentre peut-être dans le cadre de l'épilepsie procursive.

OBSERVATION VI. — *Course suivie le plus souvent de chute. Course après l'accès.*

« Un enfant norvégien (on ne dit pas son âge) courait devant lui environ trente pas, et s'il tombait, ce qui lui arrivait souvent, il se relevait et continuait à courir; puis il s'appuyait

[1] Etmüller. — *Pratique de médecine spéciale de Michel Etmüller sur les maladies propres des hommes, des femmes et des petits enfants*, etc. Lyon, 1691, thèse XXIII, de *l'épilepsie*, p. 531. — Nous n'avons pu consulter quelques-uns des auteurs cités par Etmüller, mais dans la *Pratique de Rivière*, édition française de Lyon, 1692, nous n'avons rien trouvé se rapportant à l'épilepsie procursive.

[2] Paullini. — *Ephemerid. Nat. Curios.*, déc. 3, ann. 3, observ. 181, 1696, p. 313.

contre un mur, ou bien, si l'accès le prenait dans la rue, dans la campagne, il s'arrêtait tout à coup, immobile comme une statue. Au bout d'une heure, il tombait à terre, s'il n'était pas soutenu, poussait de profonds soupirs, versait des larmes et s'endormait. Pendant son sommeil, il transpirait beaucoup ; à son réveil, il se levait de fort bonne humeur, comme si rien ne s'était passé. »

D'après Itard [1], Nicolas Becker aurait publié dans les *Ephémérides des curieux de la nature* le cas d'« une jeune fille qui, à la suite d'une *peur* causée par un orage, était forcée, durant ses *accès,* bien que maîtresse de ses sens, de courir le long des murs de sa chambre ».

Brescon, dans son *Traité* [2] fait une simple allusion au sujet qui nous occupe : « Il y a cependant, dit-il, des auteurs, dont l'un en a vu qui ne tombaient pas, un autre qui restaient debout, d'autres enfin *qui couraient.* »

Welsch [3] ne donne dans sa thèse aucune observation nouvelle d'épilepsie procursive, mais cite un cas qui aurait été rapporté, d'après un autre auteur, par Bootius et qui ne figure pas dans l'ouvrage de ce médecin que nous avons consulté : « A l'épilepsie associée à des phénomènes extraordinaires, se rattache aussi l'*epilepsia cursoria,* dans laquelle les malades courent d'ordinaire jusqu'à ce qu'ils tombent à terre. L'auteur cité par Bootius nous en fournit un exemple ; il s'agit d'un ouvrier forgeron qui, pris d'accès, *se mit à courir comme un fou, se précipita hors de l'atelier et mourut* (?). »

[1] *Ephemer. Natur. curiosor.*, déc. 1, observ. 71. — Citation empruntée au travail de Itard.

[2] Brescon (Pierre). — *Traité de l'épilepsie avec sa description, ses différences, ses causes,* etc., 1 vol. in-8. Bordeaux, 1742, p. 2.

[3] Welsch. — *De epilepsiâ.* Iena, 1719, p. 26-27.

Les cas de Sauvages[1] et de Gaubius, de Thilenius, de Wichmann, cités comme exemples de musculation involontaire ou de spasmes coordonnés, nous paraissent se rapporter plutôt à la paralysie agitante qu'à l'épilepsie procursive : tous ces malades étaient âgés de plus de cinquante ans. Les cas de J. Franck[2] et de J. Bernt[3] ne sont pas assez détaillés pour que l'on puisse aussi les ranger parmi les observations d'épilepsie procursive. Le cas de Sagar[4] est plus difficile à interpréter : « Vidi, dit-il, Virum vindobense ultra 50 annos natum qui invitus cucurrit, nec capax erat directionem mutandi vel deviandi obstacula qui simul ptyatismo laboravit. » — Caillau[5] a rapporté en 1797 le fait suivant :

OBSERVATION VII. — *Course, puis chute.*

Un citoyen, âgé de soixante-cinq ans, ne marchait pas, il courait, ayant l'air d'un homme qu'on poursuit et qu'on force à courir ; sa démarche était égale, quoique précipitée, élevant ses jambes alternativement d'une manière assez uniforme. Ce mouvement singulier, qu'il est impossible de bien caractériser, se prolongea durant tout l'intervalle qui existe entre 3-4 arbres de la plantation de Fourny. Ce citoyen arrêta enfin sa course ; mais, dans ce moment, il tomba au pied d'un arbre ; il

[1] Ces cas se trouvent rapportés sur le nom de Scelotyrbe festinans, danse de Saint-Guy précipitée.

[2] J. Franck. — *Traité de Pathologie interne*, trad. de Bayle. Paris, 1838, t. III, p. 336. — L'auteur dit en note avoir vu plusieurs fois des cas semblables à celui de Bootius. — Dans la note suivante, il cite un enfant de onze ans qui tournait en rond avant de tomber. — Voir aussi à l'article *Chorée*, p. 824, l'observation rapportée à la note 29.

[3] Bernt. — *Monographia sancti Viti*. Prague, 1810, p. 25.

[4] Sagar. — *Systema morborum symptomaticum*. Vindobenæ, 1763, pars II, p. 121.

[5] Caillau. — *Journal de santé et d'histoire naturelle*, par le citoyen Capelle. Bordeaux, vol. I, p. 118, an V.

n'en résulta d'autre blessure qu'une légère excoriation à la joue droite.

Deux spectateurs l'aidèrent sur-le-champ à se relever et à se traîner vers un des sièges de cette promenade; je m'approchai de lui et, lorsqu'il eut repris ses sens, je lui fis plusieurs questions, auxquelles il répondit avec beaucoup de netteté et de jugement. Il m'apprit qu'il n'avait éprouvé la première invasion de cette maladie, sur un grand chemin, que quelque temps après avoir été guéri de douleurs rhumatismales, qu'il en avait déjà ressenti plusieurs accès, que dans le moment de l'invasion *il éprouvait une violente démangeaison de prendre sa course, qu'il ne pouvait retenir cette ardeur, et qu'une chute terminait toujours cet accès.* Il demeura un quart d'heure assis, un citoyen l'aida ensuite à se conduire chez lui; je le suivis jusqu'au bout de la rue Sainte-Catherine; il s'arrêtait de temps en temps pour s'appuyer contre la muraille; le désir de précipiter ses pas ne l'aiguillonna point une seconde fois, car il pouvait à peine se traîner vers sa demeure.

Dans ce cas, il semble difficile de déterminer si l'on avait affaire à une *aura procursive* ou à un véritable accès d'épilepsie procursive, car l'auteur se borne à dire que la course se terminait par une chute, sans indiquer si, au moment de la chute il y avait ou non des convulsions. La description des phénomènes présentés par le malade ne laisse du reste aucun doute sur la nature épileptique de l'affection.

Au commencement de notre siècle, Hufeland[1] publiait dans son *Journal* une nouvelle observation d'épilepsie procursive.

OBSERVATION VIII. — *Accès spasmodiques à dix ans, guéris en peu de jours. — Nouveaux accès à treize ans : nonchalance; inappétence, difficulté de la parole; — course, parfois saut, sans perte de connaissance. — Traitement par les sels de zinc.*

C. D..., âgé de treize ans, d'une santé assez bonne, s'étant

[1] *Journal de Hufeland,* juin 1811, vol. XXXII, p. 88.

refroidi à l'âge de dix ans, avait été attaqué d'*accès spasmodiques* qui avaient été guéris en peu de jours. Depuis deux mois et demi environ, il était retombé malade. On remarqua d'abord chez lui de l'indifférence pour toutes choses et une si grande nonchalance qu'il lui répugnait de faire ce qu'il aimait le mieux. Cet état ne dura pas longtemps.

L'appétit disparut, la parole devenait quelquefois inintelligible, quelquefois il était incapable de prononcer certains mots. On observa des contractions de la face; au moindre effort pour les comprimer survenaient des mouvements involontaires de la mâchoire inférieure, des tressaillements dans le bras droit et dans le côté gauche du corps. La maladie s'exacerba ainsi de jour en jour, jusqu'à ce qu'elle occupât tout le corps. Lorsque l'enfant entra à l'hôpital, elle se caractérisait ainsi :

Regard fixe, timidité, grimaces, mouvement anormal des mâchoires et de la langue ; quelquefois parole embrouillée ou même impossible. Balancement de la tête, tressaillement des muscles du cou, et mouvements involontaires, anormaux, de tout le corps, en sorte que le malade ne pouvait rester quelques minutes seulement en repos, quelque effort qu'il fît. *Souvent il était obligé de courir rapidement d'une place à une autre*, sans pouvoir se retenir, d'autres fois de sauter. Il savait parfaitement ce qu'il faisait, et il pouvait de même se rappeler le passé. Toutes les fonctions étaient d'ailleurs peu troublées, à l'exception de l'appétit.

Depuis le commencement jusqu'à la fin du traitement, le malade ne reçut que du *zinc*, d'abord l'oxyde de zinc, 5 centigrammes trois fois par jour ; puis, au bout de trois jours, la même dose une seule fois par jour. Aucune amélioration ne se faisant remarquer au bout de deux jours, on augmenta la dose, qu'on porta progressivement jusqu'à 40 centigrammes : l'amélioration fut sensible. Après quinze jours de traitement, les mouvements involontaires avaient entièrement disparu; il ne restait plus qu'un peu de difficulté à mouvoir le bras gauche et un peu de bégaiement. La dose fut portée à 80 centigrammes, mais il éprouva des malaises qui forcèrent à redescendre à 60 centigrammes. Au bout de huit jours, l'état du bras s'était aussi amélioré : il ne restait plus que le bégaiement. On remplaça alors le zinc pur par le sulfure de zinc, 10 centigrammes par jour en solution aqueuse, à doses ascendantes. Arrivé à 30 centigrammes par jour, cinq semaines après le

commencement du traitement, le malade fut parfaitement guéri.

Cette observation paraît plutôt appartenir à un cas de chorée; seuls la *course* et le *saut* ne s'accordent pas avec les phénomènes ordinaires de la chorée et sont susceptibles d'être rattachés à l'épilepsie procursive. Il est difficile de se prononcer et le doute est légitime. Quelques années après cette publication, Lau[1] consignait dans le même recueil le fait ci-après.

OBSERVATION IX. — *Enfant de quinze ans.*

Henri S..., âgé de quinze ans, a souffert pendant la dentition de *spasmes*, d'éruption à la tête, de vers, et surtout de scrofules. Les glandes abcédèrent, à l'âge six ans, guérirent très lentement et laissèrent au cou d'assez grandes cicatrices. A dix ans, il fut pris d'une fièvre nerveuse; à quatorze ans, à l'exception des vers, sa santé était assez bonne; mais exposé aux intempéries des saisons, il se plaignait de douleurs dans les membres, auxquelles une fièvre se joignit plus tard, les douleurs dans les membres cessèrent, et il se crut parfaitement guéri. La maladie avait en effet disparu, mais pour revenir huit jours après, sous une forme dangereuse, sous celle de *spasmes* dans le bras et dans le pied gauche, légers d'abord, plus violents ensuite, en sorte que, le 18 février 1822, il fut obligé d'entrer à l'institut clinique de Berlin. Voici quel était son état :

Taille élancée, air de santé, mouvements précipités et anxieux, pouls petit, contracté, spasmodique ; respiration un peu embarrassée ; parole bégayante, incompréhensible, à peine perceptible ; le malade ne pouvait tenir en repos la langue qui lui sortait de la bouche ; mais il était obligé de la remuer involontairement de droite à gauche, en avant, en arrière ; le bras et le pied du côté gauche ne discontinuaient non plus de remuer. Voulait-il prendre quelque objet avec la main, c'était toujours par un mouvement circulaire qu'il y parvenait, et s'il

[1] Lau. — *Hufeland's Journal*, vol. L, VII, décembre, p. 61, 1823.

le tenait pendant quelque temps, il le laissait bientôt échapper involontairement. En marchant, il décrivait toujours un arc avec le pied gauche, tournant le poing en dehors, et, debout, il lui était absolument impossible de le tenir en repos ; il ne cessait de l'agiter. Au dire de la mère, ces mouvements convulsifs étaient par moments si violents, que le bras était surtout violemment soulevé, puis retombait, absolument comme pour atteindre un objet élevé. Dans cet état, le globe gauche de l'œil, disait-elle, roulait dans son orbite, agité d'un mouvement convulsif, la tête se penchait du côté gauche, *le malade courait du haut en bas de l'escalier et remontait à pas très précipités*, ne pouvant, dans sa hâte, régler ses mouvements. Si on le maintenait fortement, les mouvements se changeaient en tressaillements, et le malade était en proie à une grande agitation anxieuse. Cet état, du reste, n'était accompagné d'aucune espèce de malaise ; le malade riait, était sobre de paroles, mais il possédait sa connaissance. Au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure de *paroxysmes*, les mouvements convulsifs s'affaiblissaient et ils finissaient par se changer en simples tressaillements des muscles du bras et du pied du côté souffrant. Ce tressaillement ne le quittait jamais cependant, non plus que le tremblement de la langue, et la parole était toujours incompréhensible. Toutes les autres fonctions étaient normales, et les muscles du côte droit parfaitement soumis à la volonté.

L'intelligence et la mémoire étaient très faibles chez ce jeune homme. Le rhumatisme supprimé fut regardé comme la cause de la maladie. On administra l'extrait d'aconit et de gayac comme sudorifique sous la forme de poudre, après avoir administré d'abord un laxatif de *calomel* et *jalap* et un *électuaire anthelmintique*. Le malade ne rendit pas de vers ; le sudorifique fut continué, depuis le 21 février jusqu'au 20 mars, à doses ascendantes ; il parut un exanthème miliaire et des furoncles au bras et au dos, et la guérison s'ensuivit.

Cette observation qui se rapproche de la précédente nous paraît concerner un cas de chorée avec accidents procursifs concomitants. Nous l'aurions même écartée s'il ne nous avait paru intéressant de la mettre en regard de celle d'Hufeland et de montrer combien il

est parfois difficile, par suite de renseignements incomplets, et d'un examen insuffisamment prolongé, de porter un diagnostic précis.

Les *Archives générales de médecine* ont inséré en 1825 un travail très intéressant d'Itard[1] contenant un très grand nombre d'observations. Parmi elles, deux peuvent se rapporter à l'épilepsie procursive.

OBSERVATION X. — *A cinquante ans, course sans perte de connaissance; abattement, sueur et sécrétion abondante d'urine consécutifs. Nouveaux accès procursifs.*

Un homme de cinquante ans était en voyage et venait de quitter sa chaise de poste pour faire quelques minutes d'exercice à pied, quand, *tout à coup, il sentit que le mouvement de ses jambes s'accélérait malgré sa volonté et que ce mouvement rapide, qui l'entraînait droit devant lui,* l'écartait de la direction du chemin qui faisait un détour en cet endroit, et se trouvait d'un côté bordé de précipices. La terreur que lui causait un mouvement si extraordinaire et le danger visible qu'y ajoutaient les localités le frappaient vivement; il voyait bien, ainsi qu'il le racontait lui-même, fort plaisamment, qu'il courait à sa perte; mais, *poussé par une force supérieure à sa volonté, il ne pouvait ni s'arrêter, ni se détourner, ni se jeter par terre*, ainsi qu'il en eut successivement l'idée. Heureusement qu'après avoir franchi diagonalement la partie tournante du chemin à quelques pouces du précipice, il se trouvait en suivant toujours la même direction courir parallèlement à la route, ce qu'il aurait pu faire sans danger pendant plusieurs minutes. Mais presque aussitôt, l'*accès*, après avoir duré à peu près deux minutes en tout, se termina sans autre circonstance notable qu'un *grand sentiment de faiblesse, une sueur générale et une sécrétion abondante d'urine*. Quelques heures après, il n'éprouvait plus le moindre ressentiment.

Deux nouveaux accès, peu de temps après, à un intervalle de quelques semaines, lui survinrent dans les promenades

[1] Itard. — *Mémoire sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion, de la préhension et de la voix.* (*Archives générales de médecine*, 1825, 3e année, t. VIII, p. 385-407.)

publiques ; il resta, malgré l'usage des sangsues (tous les mois douze au fondement), des bains de gélatine, de ventouses *sèches* le long de l'épine, de la valériane en poudre à la dose de deux gros par jour, dans le même état, conservant toutes ses forces et ses facultés mentales.

Observation XI. — *Homme de soixante ans, sujet depuis quelque temps à des vertiges. — Course sans perte de connaissance. — Hébétude consécutive, trois jours après, embarras de la parole. — Mort le sixième jour après deux nouvelles attaques convulsives.*

M. de la F., âgé de soixante ans environ, ayant le cou assez court, mais peu d'embonpoint et le visage peu coloré, m'entretint, dans un dîner, fort au long, de *bourdonnements d'oreille, d'étourdissements* auxquels il était sujet depuis quelque temps. Huit ou dix jours après cet entretien, par une température très froide à l'ombre et brûlante au soleil (c'était en mai 1819), ayant passé quelque temps aux Tuileries, immobile et exposé au soleil sous les fenêtres du roi, il fut pris d'un de ces étourdissements qu'il éprouvait depuis quelque temps. Il cherche à le dissiper en se dirigeant vers un banc pour y reposer quelques instants. Remis incomplètement de cette indisposition, il se lève pour quitter le jardin et rentrer chez lui. Mais, après avoir fait quelques pas pour gagner doucement la grande allée, il s'aperçoit que *sa marche s'accélère malgré lui et qu'il lui est impossible, soit de la ralentir, soit de la diriger ou de s'arrêter.* Ainsi poussé devant lui, *plutôt courant que marchant*, avec la parfaite connaissance de son état, du danger immédiat qu'il lui faisait courir, et de la curieuse attention dont il était devenu l'objet ; il était parvenu non loin du grand bassin où il se serait infailliblement jeté, s'il n'eût été reconnu par un de ses amis attiré par la foule dont il commençait à être suivi. Cet ami vint à lui, le saisit dans ses bras, le conduisit avec beaucoup de peine sur une chaise, et, après quelques moments, dans une voiture de place. Arrivé chez lui, le malade put, quoique fort lentement, monter à son appartement, diriger à sa volonté le mouvement des jambes, mais qu'il sentait et qu'on voyait manifestement être faibles et tremblantes. Il lui restait aussi beaucoup d'*abattement moral* ou plutôt de cette *torpeur stupide qui succède aux violents accès d'épilepsie.* Elle était dissipée le lendemain. Le troisième jour, la parole s'em-

barrassa; le sixième, le malade succomba après deux courtes attaques de convulsions. Le cadavre ne fut point ouvert.

Serres[1] parle, à propos des maladies de la protubérance, de deux hommes observés l'un en 1822, l'autre en 1825, qui, « au moment de l'attaque ressentirent une douleur des plus vives, poussèrent des cris et coururent devant eux comme pour éviter un grand danger. Ils tombèrent au bout de cent pas environ. Chez tous les deux, la tendance à se porter en avant avait été spontanée. A l'autopsie, chez tous les deux aussi, on constata que la protubérance avait été détruite dans toute sa profondeur ».

Les trois cas de Toulmouche[2] cités par Roth dans son chapitre sur la *musculation irrésistible*, ne nous paraissent pas se rapporter à l'épilepsie procursive et nous les laissons de côté. Semmola[3] a relaté, en 1834, sous le nom d'*epilepsia dromica* et *trochaica*, l'histoire d'un malade atteint d'épilepsie procursive.

OBSERVATION XII. — *Début des accès procursifs à onze ans. — Aura. — Courses en ligne droite avec perte de connaissance. — Transformation de ces accès en accès ordinaires.*

Un jeune homme de vingt-six ans, né de parents sains, d'une constitution très irritable, fut attaqué dans sa onzième année, d'une forme particulière de convulsions, dont les accès avaient lieu tant le jour que la nuit. Il poussait des cris violents et perdait subitement connaissance. Puis il se mettait à *courir en ligne droite devant lui avec une rapidité incroyable*,

[1] Serres. — *Anatomie comparée du cerveau*, t. II, p. 634. Paris, 1828.

[2] Toulmouche. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1833, vol. II, p. 371.

[3] Semmola. — *Sopra due mallatie non ancora descritta* (c'est du moins ce que croyait l'auteur). Napoli, 1834, p. 6. — Nous n'avons pu trouver cette brochure; mais Roth, puis Berger ont publié l'observation complète.

ne se détournant ni à droite ni à gauche, et ne se laissant arrêter par aucun obstacle, à moins qu'il ne fût insurmontable. Il arrivait quelquefois que, saisi d'un paroxysme au pied de l'escalier, il montait en ligne droite avec une rapidité incompréhensible. Si on ne l'arrêtait pas, il courait ainsi pendant quelques secondes à la distance de vingt ou trente pas. Alors il restait tout à coup tranquille, la connaissance lui revenait; son visage se colorait d'un rouge vif, il ne se rappelait pas de ce qui s'était passé, seulement il prétendait avoir ressenti, peu de temps avant la perte de connaissance, une bouffée de chaleur lui montant des pieds à la tête, le long de la colonne vertébrale.

Pendant sept ans, les accès se renouvelèrent une ou deux fois par jour à des intervalles irréguliers, après quoi la maladie changea de forme. Au début de l'accès, le malade tombait à terre, se roulait en ligne droite dix ou douze pas autour de son axe longitudinal, au milieu de cris continuels et avec perte complète de la connaissance. Le malade n'est pas encore guéri. Les paroxysmes de cette dernière forme reviennent plus fréquemment la nuit, et il se passe peu de jours sans qu'ils se renouvellent. Tous les médicaments employés ont échoué.

Cette observation, des plus intéressantes, peut être rapprochée de celle de Grand... (voir t. XIII, p. 323): même course rapide en ligne droite, même fréquence des accès, puis même transformation de l'épilepsie procursive en épilepsie ordinaire, enfin même insuccès des divers traitements employés[1].

Nous devons citer maintenant une observation de Bérard aîné[2], concernant un malade atteint de *phéno-*

[1] Le professeur Semmola, dans une lettre qu'il nous adressa à ce sujet le 28 mai 1882, paraît ignorer complètement la publication que fit son père de cette affection. « J'ai fait allusion, dit-il, dans une leçon clinique, à cette espèce d'épilepsie propulsive, en soutenant qu'il n'y avait pas lieu de considérer cette forme clinique comme appartenant à l'épilepsie. »

[2] Bérard aîné, citation d'Olivier d'Angers, *Traité des maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 143. Paris, 1847.

mènes procursifs ayant précédé de cinq heures le décès. L'autopsie qui l'accompagne en fait surtout l'intérêt.

OBSERVATION XIII. — *Course, puis chute avec perte de connaissance. — Hémorrhagie protubérantielle.*

Un homme étant à travailler se plaint tout à coup d'un bourdonnement d'oreilles. Quelques instants après, une douleur vive lui arrache des cris, *il se met à courir comme pour échapper au danger qui le menace*, tombe bientôt, et présente les symptômes qui suivent : perte complète de connaissance; immobilité sans dilatation des pupilles, qui sont égales en diamètre; immobilité du globe de l'œil; bouche entr'ouverte, et sans torsion apparente; quelques mouvements dans la langue sans déviation permanente de sa pointe. Mouvements respiratoires fréquents, irréguliers, par moments stertoreux. Les ailes du nez se contractent convulsivement avec les muscles de la respiration. Deux fois il y a eu éternuement violent, pendant lequel le malade, qui était couché sur le dos, s'est courbé en avant. Les membres sont dans un état de roideur qu'on peut surmonter assez facilement. Cette contraction, pendant laquelle les bras sont contournés dans la rotation en dedans et les pouces fortement fléchis, n'est pas entièrement permanente. La contraction des muscles du cou n'est pas non plus assez énergique pour empêcher la tête d'obéir aux lois de la pesanteur. Les seuls signes de la sensibilité générale furent un mouvement convulsif du bras droit au moment où l'on pinça la peau de ce membre, et un mouvement semblable au moment où l'on incisa les téguments en pratiquant une saignée. Le malade succomba cinq heures après l'invasion des premiers accidents, et ne fut pas observé pendant les deux dernières heures. — A l'examen du cadavre, on trouva la protubérance cérébrale changée en une poche remplie de sang en partie coagulé et mêlé à quelques débris de substance nerveuse ramollie et colorée par ce liquide.

De cette observation, nous ne retiendrons, pour l'instant que, les *phénomènes procursifs* qui paraissent avoir été occasionnés par l'*hémorrhagie protubérantielle;* nous aurons lieu plus tard, au chapitre de l'*Anatomie*

pathologique, de revenir sur ce cas et de l'interpréter. En 1855, M. Moynier[1] dans sa thèse inaugurale, donne une observation d'une malade épileptique présentant une aura procursive.

OBSERVATION XIV. — *Fille âgée de dix-sept ans. — Mère et tante maternelle épileptiques. — Vertiges et mouvements convulsifs dès l'enfance, puis accès. — Aura procursive. — Chorée.*

B... (Louise-Laurence), née à Paris, âgée de dix-sept ans. Ayant perdu sa mère à l'âge d'un an et demi, a été élevée par les sœurs de Notre-Dame. On nous raconte que déjà elle avait des mouvements nerveux dans les lèvres ; dès sa plus tendre enfance, elle a eu des étourdissements ; on fut obligé de la placer à l'Enfant-Jésus ; là, ses étourdissements ou plutôt ses vertiges ont augmenté ; elle perdait connaissance, poussait de grands cris, mais c'est à cette époque que les personnes qui prenaient soin de cette jeune fille font remonter ce qu'elles appellent le grand mal. L'enfant pousse un cri aigu, perd connaissance, s'agite un instant, puis ses membres deviennent le siège de fortes secousses. Ces accès ont une certaine intensité ; avant qu'elle fût réglée, elle n'avait ses attaques qu'une fois par mois ; elles se renouvelaient pendant deux ou trois jours ; mais depuis que ses règles sont établies, les attaques sont plus fréquentes ; d'abord tous les huit jours, puis une, deux ou trois fois par semaine ; enfin, depuis deux mois, c'est-à-dire depuis l'apparition d'accidents choréiques qui constituent aujourd'hui l'élément dominant de la maladie, ses accès se montrent tous les jours ou même plusieurs fois par jour. La malade dit qu'elle est prévenue de la prochaine arrivée d'une attaque par un *sentiment irrésistible qui la pousse à courir ; elle fait alors plusieurs fois le tour de la salle, pousse des cris, comme si elle cherchait à éviter un danger, ou comme si elle était poursuivie.* Elle ne peut nous expliquer les sensations qu'elle éprouve dans ces moments. Toujours est-il que cette sorte d'aura est un avertissement pour les personnes qui la surveillent et qui peuvent ainsi se rendre auprès d'elle afin de prévenir une chute qui pourrait être dangereuse. Ces acci-

[1] Moynier. — *De la chorée*, observ. IV, p. 27, 1855.

dents d'ailleurs surviennent sans cause occasionnelle. Après l'accès, elle éprouve du malaise et de la courbature.

Depuis deux mois, une nouvelle affection s'est montrée. Le 8 décembre 1850, la jeune B..., après une nuit assez tranquille, s'est réveillée agitée par un *tremblement choréique* occupant plus spécialement certaines parties du corps. Pendant les jours qui ont précédé cet accident, elle a eu très souvent ses accès, ses idées étaient troublées, elle travaillait moins bien que d'habitude. La journée du 7 décembre s'était passée sans rien de remarquable ; la nuit avait été calme ; à son réveil, la malade s'est trouvée toute drôle (c'est son expression), son bras gauche ne pouvait rien saisir avec précision, tous les mouvements étaient irréguliers, involontaires ; au dire de la malade, le membre gauche était refroidi, surtout les doigts ; ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle éprouvait dans ce membre une sensation de froid.

Les secousses se sont étendues rapidement à tout le côté gauche de la face et du corps ; pendant huit à dix jours, les accidents se sont bornés là ; puis la jambe droite a été prise, enfin le bras et tout le côté droit ont été agités à leur tour ; mais les accidents ont été toujours plus intenses du côté gauche que du côté droit. Et maintenant encore (trois mois après le début) on constate une différence entre les accidents des deux côtés du corps. La maladie a fait de rapides progrès ; tous les membres sont agités de mouvements désordonnés, tous les muscles sont le siège de contractions irrégulières ; la marche est gênée, difficile, saccadée ; aussi la malade reste-t-elle ordinairement assise ; les mains saisissent les objets avec difficulté. Si on se fait serrer la main par la malade, on sent qu'elle ne le peut pas faire d'une manière uniforme ; les mouvements sont saccadés ; par moments, les doigts n'obéissant plus du tout à la volonté, elle ne peut pas serrer du tout ; la parole est brève, saccadée, quelquefois impossible ; les lèvres, les paupières, la face, en un mot, sont toujours grimaçantes ; les fonctions de nutrition se font bien ; cependant la maigreur est extrême.

Il n'y a rien de régulier dans la marche de la chorée ; certains jours, la malade est tranquille ; dans d'autres, elle est très agitée, cela sans cause appréciable. Les *accès d'épilepsie* n'ont aucune influence sur la danse de Saint-Guy et réciproquement. Depuis l'apparition de la chorée, l'épilepsie ne s'est

en rien modifiée ; la menstruation a été supprimée, malgré toute espèce de remède depuis deux époques.

L'épilepsie et peut-être la chorée trouvent chez cette enfant une cause dans l'hérédité. Sa mère était épileptique, et, au rapport d'une de ses tantes, elle aurait eu des mouvements irréguliers des muscles de la face et des membres. Une de ses tantes, du côté de sa mère, a eu aussi des attaques d'épilepsie.

Quant aux causes de la chorée, M. Bastien, à qui est due l'observation, se demande si elles tiennent aux accès plus fréquents d'épilepsie, à la suppression des règles ; ou si la difficulté de la menstruation serait au contraire causée par ce nouvel élément morbide ; ou si tous ces accidents ne sont là que comme coïncidence. — Tous les traitements ont échoué contre l'épilepsie et aussi contre la chorée. A la fin de l'année 1851, la jeune fille n'avait encore éprouvé aucune amélioration.

L'*épilepsie* s'accompagna ici de *chorée* qui ne survint que longtemps après le début des accès épileptiques. Cette observation nous fournit un bel exemple d'accès précédés d'une aura procursive. — Le cas suivant a été publié par Romberg[1] dans son *Traité des maladies nerveuses*.

OBSERVATION XV. — *Homme de soixante-onze ans. — Céphalalgies et vertiges. — Hémiplégie gauche. — Accès procursifs de plus en plus fréquents; mort. — Hémorrhagie de la capsule interne avec irruption dans le ventricule latéral gauche.*

Un homme de soixante-onze ans, qui avait souffert auparavant de maux de tête et de vertiges ; et qui, déjà une fois, était tombé sans connaissance au milieu de la rue, éprouva au mois de juillet 1836 une nouvelle attaque de paralysie du côté gauche de la face avec perte du sentiment de la jambe gauche, et, bientôt après, il ressentit une grande *propension du corps à se précipiter en avant*. Pour mieux l'observer, le docteur Friedheim l'accompagnait souvent à la promenade. Ils marchaient paisi-

[1] Romberg. — *Lehrbuch der Nervenkrankeiten der Menschen; Der Lehre der Motilität-Neurosen*, p. 630, *Schwindelbewegungen mit Impuls nach der Längenaxe*. I, *Nach Vorn*. Berlin, 1857.

blement l'un à côté de l'autre pendant cinq ou dix minutes, puis le malade hâtait tout à coup le pas, et il finissait par *être saisi d'un si violent accès de propulsion* qu'il fallait s'empresser de le saisir et le contenir avec force.

Dans les derniers mois de sa vie, le malade eut des accès beaucoup plus fréquents, même en se promenant dans la chambre, et il raconta, ce que ses parents confirmèrent, que si au moment où il perdait l'équilibre, il voulait saisir un objet pour se retenir, comme par exemple un arbre, il devait encore *tourner involontairement* deux ou trois fois autour après l'avoir saisi. Il mourut le 24 mars 1837.

Autopsie. — A l'examen du *cerveau* fait par M. Henle, on trouva la substance cérébrale solide, compacte, gorgée de sang, et dans le ventricule latéral gauche, un épanchement assez considérable d'un sang noir, coagulé, qui avait pénétré de l'hémisphère voisin par une déchirure pratiquée entre les couches optiques et les corps striés. Le *corps strié* droit présentait une excavation longitudinale étroite, revêtue d'une membrane brun foncé et entourée de substance cérébrale un peu dure. Le réseau vasculaire à la base du cerveau était en grande partie incrusté.

Ce cas, comme le précédent, est surtout intéressant en raison de l'autopsie qui l'accompagne. Nous citerons encore, parmi les observations parues dans la première moitié de notre siècle, c'est-à-dire durant une période où l'on considérait les accidents que nous étudions comme appartenant à la *chorée*, le cas de Salgues (de Dijon)[1].

Observation XVI. — *Début à trois ans et demi. — Accès procursifs fréquents et quotidiens. — Traitements divers.*

Une petite fille de trois ans et demi, à la suite d'une vive frayeur, fut frappée des accidents propres à la chorée. A neuf ans, cette maladie n'avait point cessé. Elle n'avait été suspendue, pendant cette période de plus de cinq ans, que pendant six

[1] Salgues. — *Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1827, p. 168.

mois, suspension, d'ailleurs, dont la cause est restée inconnue. La chorée de cette enfant était généralement caractérisée par des *mouvements précipités qui l'entraînaient violemment à courir*, la malade ne s'arrêtait que lorsque ses jambes se croisant, rendaient ainsi toute locomotion impossible. Alors elle se renversait fortement en arrière, puis en avant, imitant parfaitement l'inclinaison que donnent au torse l'opistothonos et l'emprosthotonos. Ces phénomènes morbides se présentaient sous la forme de courts *accès*, revenant un grand nombre de fois dans la journée, et dans l'intervalle desquelles les membres étaient souvent un peu agités.

Cette affection avait été combattue jusqu'alors à l'aide de la *valériane*, de l'*oxyde de zinc*, de quelques *purgatifs*, et des *bains froids;* le tout en vain. Lorsque la jeune malade entra à l'hôpital de Dijon, on tenta derechef l'oxyde de *zinc à dose perturbatrice*, puis les *affusions froides* dans toute la longueur du rachis ; puis les *bains de Barèges*, secondés de *frictions narcotiques* et *éthérées* sur l'épine dorsale ; le tout sans succès. *Deux forts purgatifs*, répétés coup sur coup, ne réussirent pas mieux. Enfin, en désespoir de cause, M. Salgues eut recours à l'*émétique à haute dose ;* chaque jour, pendant huit jours, l'enfant prit trente centigrammes de tartre stibié en potion. La première dose décida une très forte perturbation avec vomissements et diarrhée abondante. Les autres, parfaitement tolérées, ne produisirent aucun effet apparent, si ce n'est de l'anorexie et la cessation complète de tous les accidents caractéristiques de la chorée. Le quatrième jour de cette médication on posa dix *sangsues* sur les parties latérales du cou, dans le but de détruire une légère *hypérémie encéphalique*. Le résultat en fut bon, et, finalement, la malade est aujourd'hui parfaitement guérie.

Les phénomènes observés ne permettent pas de conclure avec l'auteur que sa malade était atteinte de chorée. La longue durée de la maladie, les accès procursifs fréquents, les accidents tétaniformes qui les accompagnaient, la rémission même observée, etc., parlent en faveur de l'épilepsie procursive. Nous ajouterons qu'il serait téméraire de croire avec Salgues à

la guérison de sa malade ; l'observation sous ce rapport est absolument incomplète.

Nous ne pouvons que mentionner l'observation de Roth ; l'auteur n'a pas observé sérieusement le malade qu'il n'a jamais interrogé et qu'il avait eu seulement l'occasion de voir dans la rue. Sa description d'ailleurs écourtée ne permet guère d'en tirer des conclusions certaines.

Dans la seconde moitié de ce siècle, les phénomènes procursifs sont de nouveau considérés par tous les auteurs comme relevant de l'épilepsie. Voici d'abord un cas de Trousseau [1].

Observation XVII.

Il s'agit d'un architecte de Paris, qui, épileptique depuis longtemps, ne craint pas de monter sur les échafaudages les plus élevés des maisons en construction. Il n'ignore point cependant que ses accès se sont déclarés souvent alors qu'il marchait ainsi sur des planches étroites, situées à une assez grande hauteur. Jamais il ne lui est arrivé d'accident. Au moment de sa crise, on le voit *courir précipitamment* sur les échafaudages, prononçant ou plutôt criant son nom d'une voix haute et brève. Un quart de minute après, il reprend son travail, se remet à parler à ses ouvriers, à leur donner ses ordres ; mais si on ne le lui disait, il n'aurait aucune idée de l'acte singulier auquel il vient de se livrer.

Ce cas appartient incontestablement à l'épilepsie procursive ; il est généralement considéré par les auteurs modernes comme étant le premier exemple connu de cette forme de l'épilepsie. M. Hammond [2] relate deux observations dans son *Traité*.

[1] Trousseau. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* 4e édition, 1873, t. II, *épilepsie*, p. 112.

[2] Hammond. — *Traité des maladies nerveuses* ; traduction française, 1876, p. 785.

Observation XVIII. — *Accès ordinaires d'épilepsie. — Accès procursifs accompagnés parfois de sauts ou de rotation et d'un cri inarticulé particulier.*

J. H..., atteint d'épilepsie, vint me consulter dans l'été de 1869. Les accès habituels étaient parfaitement développés, mais dans deux circonstances ils présentèrent un tout autre caractère. Une première fois on le vit, pendant qu'il surveillait ses ouvriers, porter la main à la tête et *prendre ensuite subitement sa course vers une haie*, au-dessus de laquelle il sauta avec légèreté. Après avoir franchi cet obstacle, il se trouva dans l'arrière-cour d'une maison voisine de la sienne, il y prit un bâton et frappa avec violence à la porte et aux fenêtres. Tandis qu'il se livrait à ce singulier exercice, il fut surpris par plusieurs hommes, saisi et maintenu malgré les efforts désespérés qu'il fit pour se dégager. Il était encore entre leurs mains quand il revint à lui, mais il ne se souvenait de rien de ce qui s'était passé après qu'il avait porté les mains à sa tête; ce geste avait été provoqué, suivant lui, par une douleur violente, accompagnée de vertige. La durée de cet accès n'avait pas dépassé trois minutes.

Dans une autre circonstance, il avait été pris de douleurs et de vertige, pendant qu'il était en train de payer une note à un marchand de charbon. Il se précipita dans la rue et commença à tourner rapidement sur lui-même. Il fut saisi et maintenu jusqu'à ce qu'il reprit sa connaissance. Cette attaque dura environ quatre minutes.

Outre cet accès, il en eut un autre semblable dans mon cabinet de consultation. Il devint subitement très pâle, son regard fixe, et ses pupilles oscillèrent. Il se leva soudain de sa chaise, saisit un instant le rebord de la cheminée, et puis *se mit à courir en tous sens* dans mon cabinet en agitant les bras, et en poussant un cri inarticulé tout particulier. Je me gardai bien de l'arrêter dans sa *course précipitée*, et en moins de deux minutes il se calma. Pendant toute la durée de cet accès, sa face était pâle, et à la fin les pupilles étaient dilatées. Il ne se rappelait rien de ce qui était survenu après qu'il s'était levé de sa chaise, mais il se souvenait cependant avoir été pris de vertige à ce moment-là.

Dans ce cas, le malade avait des *accès ordinaires* et des *accès procursifs*, ceux-ci accompagnés parfois de

sauts et de mouvements rotatoires, tous phénomènes qui se trouvent parfois associés dans ces sortes d'accès. Le cri inarticulé sur lequel l'auteur ne s'appesantit pas pourrait peut-être être attribué, comme chez Grand..., à un tremblement des lèvres. (Obs. I, t. XIII, p. 323.)

Observation XIX. — *Epilepsie procursive sans accès ordinaires. Courses inconscientes.*

Dans un autre cas, il s'agissait d'une petite fille amenée à ma clinique de l'hôpital Bellevue pendant l'été de 1869. Elle venait de faire une chute et s'était violemment contusionné le crâne contre un tas de vieille ferraille. A la suite de cet accident, les os de la voûte cranienne furent atteints de nécrose et une partie de la table externe fut éliminée par exfoliation.

Les parents nous racontèrent que, pendant qu'elle était à l'école, elle se dressait subitement sur ses pieds et faisait plusieurs fois le tour de la classe. Elle n'avait pas sa connaissance et semblait absolument insensible à tout ce qui se passait autour d'elle. Dès que l'accès était passé, elle retournait à sa place. La durée de l'attaque n'excédait pas une minute et il n'y avait ni excitation ni délire.

Cette seconde observation de M. Hammond est un cas d'épilepsie procursive pure; il aurait été intéressant de suivre cette malade, d'avoir une description plus précise des caractères de l'accès et de savoir si ses accès se seraient par la suite modifiés.

Dans son article sur l'*épilepsie*[1], M. Nothnagel, après avoir fait remarquer que « quelquefois les convulsions manquent entièrement et sont remplacées par des *mouvements ambulatoires* et des *courses* », cite briève-

[1] Nothnagel. — *Epilepsie und Eklampsie. Vertigo. (Handbuch der speciellen Pathologie und Terapie* de *Ziemssen*, Bd. XII, 1877.— *Krankheiten der Nervensystems*, 4, 2.) *Unregelmässige Formen der anfälle*, p. 241.

ment un cas d'épilepsie procursive: « J'ai eu moi-même, dit-il, en traitement un malade chez lequel, au lieu des paroxysmes ordinaires, on notait des accès qui commençaient et finissaient par une course dans la chambre dont le malade n'avait pas conscience. Je ne puis m'empêcher d'exprimer que dans ces cas, il ne s'agit pas d'une épilepsie idiopathique, mais d'une forme sympathique qui reconnaît pour cause de grossières lésions anatomiques du cerveau. »

Nous aurons lieu de citer plus loin, aux chapitres II, III, V et VI, un certain nombre d'autres observations qui, selon nous, ne se rapportent qu'indirectement à l'*épilepsie procursive*[1], telles sont, entre autres, quelques-unes de celles publiées par O. Berger dans sa thèse sur la *Pathologie des états épileptoïdes*, celle plus récente suivie d'autopsie, et que M. Meschede a insérée dans les *Archives de Virchow* (1880). — Nous aurons également à parler incidemment sans nous y arrêter longuement de quelques autres phénomènes impulsifs, mouvements de manège, mouvements de rotation, observés également sur des sujets épileptiques, actes difficiles encore à classer et qui ne pourront l'être qu'à la suite d'une longue série d'observations suffisamment prolongées et appuyées sur de nombreuses autopsies. Peut-être y aurait-il lieu d'admettre ici d'autres formes d'épilepsie, par exemple, l'*épilepsie rotatoire*, etc.

(*A suivre.*)

[1] La quatrième observation de Cheneau, que MM. Sandras et Bourguignon classent parmi les vertiges épileptiques, et qu'ils rapprochent des observations d'Itard, n'appartient pas au groupe de l'épilepsie procursive; il s'agit là d'un épileptique ordinaire. (Sandras et Bourguignon. *Traité pratique des maladies nerveuses*, 2e édit., t. I, p. 278, 1860.—Cheneau. *Recherches sur le traitement des maladies nerveuses*, 1844, p. 32.)

RECUEIL DE FAITS

PARALYSIE GÉNÉRALE. — ALCOOLISME CHRONIQUE. — TROUBLES TABÉTIQUES; PARALYSIE GÉNÉRALE CONFIRMÉE. — LÉSIONS DE DÉNUTRITION ;

Par Henry BONNET,

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne.

Le nommé P.., ouvrier caviste, entre pour la deuxième fois, en 1886, dans mon service. — Lors de la première entrée, il était atteint de manie aiguë, suite d'alcoolisme, et offrant différentes trémulations qu'on ne pouvait faire rentrer que dans un délirium tremens primitif. — Il fut très agité et, en même temps, très congestif; d'énormes poussées sanguines cérébrales nécessitèrent un traitement très énergique. Dès lors, les paroxysmes d'excitation cessèrent; mais, on pouvait apercevoir, et très concurremment, la déchéance des fonctions organiques s'unissant à celles des fonctions intellectuelles et rationnelles; la dénutrition de tout l'être s'affirme de plus en plus à mesure qu'une poussée cérébrale se produit. — Ces poussées congestives, successives par intermittence, dénotent, chez notre sujet, comme chez ses congénères, la lutte vitale que la congestion cherche à remplir pour les réparations de nutrition à chaque limite infinétisimale de notre être et pour laquelle elle devient impuissante. — Après chaque poussée congestive, la dénutrition générale apparaît de plus en plus; l'organisme devient impuissant à faire de nouvelles congestions; le marasme de tous les systèmes se produit; les actions vaso-motrices s'éteignent une à une; et il y a quelque chose de très spécial dans la paralysie générale, c'est que l'individu tombé dans le marasme verra toutes ses fonctions hygides s'en aller une à une et que la mort, résistant à la vie, n'apparaîtra que lorsque tous les systèmes auront été entrepris et auront eu leur pénultième dénutrition.

Chez l'homme qui fait, aujourd'hui, le sujet de mon observation, on a remarqué, et très subitement, une incurvation des plus prononcées des huitième et neuvième côtes droites; l'incurvation dépasse un angle de cinquante degrés et fait une énorme

saillie sous la peau. — C'est le plus bel exemple qu'on puisse présenter des conditions de dénutrition dans la paralysie générale et, en particulier, du système osseux. — Il y a longtemps que le professeur Charcot avait appelé l'attention sur l'état pathologique osseux, mais dans l'ataxie locomotrice. — Mais, pour la paralysie générale, il est certain, et nos investigations de chaque jour affirment la vérité, que le grand sympathique est le premier atteint et très lésé ; il n'y a pas lieu de s'étonner que la dénutrition s'épidémise à tous les points de l'organisme.

Dans le cas actuel, il est indéniable qu'il y a raréfaction des matières minérales des côtes; la matière organique prédomine et, par conséquent, l'incurvation est fatale. On ne peut présenter un meilleur exemple à tous ceux qui veulent, et à toute force, voir une méningo-encéphalite diffuse dans la paralysie générale, pour prouver la dénutrition de l'organisme dérivant des lésions irrémédiables des centres vaso-moteurs. — Avant que le marasme ultime se produise chez le sujet de notre observation, il est arrivé ce qui se passe chez tous les paralysés généraux, à bien peu d'exception près. — Dès le principe, la scène pathologique s'est ouverte par la congestion: la congestion détruit, chaque jour, les conditions hygides ; elle s'est implantée chez le paralysé général, et sans amener, par un phénomène bizarre, ce qu'on voit constamment en pathologie classique, c'est-à-dire les grands troubles organiques que l'on connaît et, parfois, la mort immédiate. — Chaque poussée congestive, et souvent immense, se résoud, dans la maladie qui nous préoccupe, par une dénutrition de plus en plus forte de l'organisme; il arrive, un instant, que les poussées congestives ne peuvent plus se faire parce que le malade est arrivé au dernier marasme; il succombe, pièce par pièce, de son être. La maladie vaso-motrice est telle que, depuis longtemps, j'ai affirmé et j'affirme cet axiôme qu'il faut que tous les systèmes de l'organisme soient perdus, un par un, pour que le paralysé général meurt. — Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que je fournisse, aujourd'hui, comme preuve partielle, mais indéniable des idées du professeur Poincaré et de moi, un exemple d'une dénutrition osseuse des plus caractéristiques qui vient confirmer toutes les prémisses de notre thèse.

A la suite de cela, on est à se demander pourquoi tous les auteurs parlent de méningo-encéphalite dans la paralysie générale lorsque eux-mêmes, dans leurs observations, établissent une congestion.

REVUE CRITIQUE

LE SENS MUSCULAIRE;

Par Paul SOLLIER.

I. L'existence de sensations spéciales, émanant des muscles, semble avoir échappé aux anciens auteurs, ce qui n'a rien de surprenant lorsqu'on songe que pendant longtemps aucune distinction n'existait entre les diverses sensations données par la sensibilité tactile.

D'après William Hamilton ce serait à deux médecins italiens du xvi[e] siècle, César Scaliger et Cœsalpinus d'Arezzo, qu'il faudrait faire remonter l'hypothèse d'un sens musculaire spécial. Ils auraient établi, à l'insu l'un de l'autre, que l'exercice de notre faculté de mouvement est le moyen par lequel nous sommes à même d'estimer les degrés de « résistance », et cela grâce à une faculté de « compréhension active » qu'ils opposaient au toucher comme « capacité de sensation ou simple conscience de passion ».

Vers la fin du xviii[e] siècle, Darwin établit aussi un « sens de l'extension » distinct du toucher, dans lequel certains auteurs ont voulu voir la « sensation d'activité musculaire ». (Bellion. *Recherches historiques sur la pathologie et la physiologie des sensations tactiles*. Th. Paris, 1853.) — Dans un livre sur l'*Histoire naturelle de l'âme*, publié en 1789, et que M. Charcot rappelait il y a peu de temps (*Œuvres complètes*, t. III), Rey Régis (de Montpellier,) parle de paralysies motrices dépendant de la perte du « souvenir de la force motrice » causée par la lésion de certaines parties du cerveau. A la fin de ce même siècle, des physiologistes et des philosophes allemands avaient aussi établi une distinction entre le toucher actif et le toucher passif, et avaient donné au toucher actif le nom de muskelsinn, sens musculaire. Cette distinction avait d'ailleurs été faite par de Tracy, un des élèves de Condillac.

Thomas Brown, au commencement de notre siècle, introduisit ces idées en Ecosse.

On peut aussi trouver épars, soit chez les physiologistes, soit surtout chez les philosophes, quelques aperçus sur la notion du sens musculaire, mais c'est à Charles Bell (*Physiologische und pathologische untersuchungen des nervensystems*) que revient surtout l'honneur d'avoir établi nettement l'existence des sensations émanées des muscles, auxquelles il donna définitivement le nom de sens musculaire.

Cette opinion fut ensuite développée par E.-H. Weber (art. *Tastsinn und gemeingefühl*, p. 582, *in Handw. de Wagner*), qui appela ce nouveau sens « sens de la force ». J. Müller en étudia la nature dans son *Hand. der physiol. des Menschen*, t. II, p. 500). Gerdy, dans ses différents travaux, l'étudie aussi et lui donne le nom de « sentiment de l'activité musculaire ». (*Recherches physiol. sur les sensations en général. Arch. de méd.* 1837. — *De la sensation du tact et des sensations cutanées; Bull. de l'Acad. de méd.*, 1841. *Physiologie philosophique des sensations et de l'intelligence*, 1846.)

C'est surtout à partir de 1845 que l'étude du sens musculaire entre dans une phase nouvelle marquée par de nombreux travaux. Ce sont tout d'abord les observations de Pulchelt, de Heidelberg (*Gaz. méd. de Paris*, 1845), puis de Gendrin, en 1846 et 1847, qui montrent que chacune des sensations tactiles peut être isolément modifiée, les autres restant intactes. D'après Leroy d'Etiolles et Becquerel, Sandras connaissait la paralysie du sentiment musculaire et en faisait mention dans ses leçons. La première étude sur ce sujet paraît cependant appartenir légitimement à Landry qui publie en 1852, et réclame la priorité de cette découverte contre Duchenne (de Boulogne) qui la donne comme la sienne propre dans son *Traité de l'électrisation* publié en 1854. Le sens musculaire reçoit encore de ces deux auteurs de nouvelles dénominations. Pour Landry, c'est le sentiment de l'activité musculaire ; pour Duchenne c'est la « conscience musculaire ».

William Bain dans ses *Notes et Dissertations sur Reid*, en 1846, distingue avec soin entre ce qu'il appelle la faculté locomotrice et le sens musculaire. C'est donc à tort que certains auteurs pensent qu'il a désigné le sens musculaire sous le nom de « faculté locomotrice ». Parmi les auteurs qui ont surtout

étudié cette question, il faut placer Ludwig en 1852 dans son *Traité de physiologie*, puis Bain dans la première édition de son ouvrage « *The senses and the intellect*, en 1855 où il appelle le sens musculaire « sens du mouvement ». Landry dans ses mémoires sur la *paralysie du sentiment de l'activité musculaire en* 1852 *et* 1855, et ensuite dans son *Traité des Paralysies* en 1859 en a fait l'objet de recherches sérieuses et originales. G.-H. Lewes (*Physiology of common Life*. 1860). Schiff, dans sa *Physiologie des muscles et des nerfs*, Trousseau dans ses *Cliniques* sur l'ataxie locomotrice, émettent sur le sens musculaire des opinions à peu près semblables que nous examinerons plus loin. Wundt émet une théorie spéciale sur sa nature dans différents travaux et ouvrages ; il lui donne le nom de « sens de l'innervation. (*Beiträge zur theorie der sinneswahrnehnung*., p. 400. *Vorlesungen über die menschen und thierseele*, I, p. 222, *Psychologie physiologique*, t. I, 418.) — Ferrier ouvre un champ nouveau à cette étude avec ses magnifiques expériences sur les localisations cérébrales. (*Fonctions of the Brain*, 1876.) Weir Mitchell (*Injuries of Nerves*, 1872), tire aussi d'intéressantes remarques de ce qui se passe chez les amputés en ce qui concerne les rapports des illusions des mouvements chez eux et la notion du sens musculaire.

Ch. Bastian y est revenu à plusieurs reprises, la première fois en 1869 dans le *British medical journal*, puis dans son livre sur le *Cerveau organe de la pensée* et tout dernièrement enfin dans une longue revue critique parue dans le journal *Brain* en avril 1887. Pour plus de commodité, il désigne toutes les impressions diverses qui se combinent pour parfaire « le sens du mouvement » sous le nom d'impressions kinesthétiques.

Comme on le voit, c'est à l'étranger que le sens musculaire a été surtout étudié dans les vingt-cinq dernières années. Citons cependant Jaccond en France, dans son livre sur les *Paraplégies et l'Ataxie du mouvement*. Ch. Richet y insiste fort peu dans ses *Recherches sur la sensibilité* (1877). Vulpian (art. *Moelle* du *Dict. encyclop*.) n'admet pas l'existence du sens musculaire, — opinion qu'il partage avec Bernstein. (*Untersuch. über den Erregungsvorgang*., p. 239.) — Enfin, cette question a été remise en honneur aujourd'hui par l'école de la Salpêtrière, dans les études sur l'hystérie, et M. Babinski a fait cette année même une communication à la So-

ciété de Psychologie physiologique sur laquelle nous n'insisterons pas, l'auteur devant y revenir prochainement avec plus de développement.

Bien des noms seraient certainement encore à citer. Mais nous n'avons voulu faire qu'une rapide énumération des principaux travaux auxquels on peut se reporter pour l'étude du sens musculaire, nous réservant de citer dans le cours de cette revue les mémoires moins importants qui sont venus grossir cette bibliographie déjà respectable.

II. On peut juger d'après les nombreuses dénominations qu'il a reçues qu'un grand désaccord existe entre les auteurs sur ce qu'on doit entendre par *sens musculaire*, et comment il faut l'interpréter, les uns confondant sous ce terme toutes les impressions que nous recevons de nos membres en mouvement, ou des mouvements en général, les autres au contraire, ne désignant par sens musculaire que certaines de ces impressions. Pour les uns, le sens musculaire nous donne l'appréciation de la contraction de nos muscles; pour d'autres, il nous fournit les notions de pression, ou encore de poids et de résistance. Pour un grand nombre ce serait surtout la notion de position des membres qui constituerait le sens musculaire. Pour certains, il proviendrait seulement de la sensibilité musculaire, tandis que pour d'autres les sensations provenant de toutes les parties profondes des membres, aponévroses, tendons, articulations et muscles, contribueraient à le constituer. Les impressions de la peau devraient aussi y être rattachées. C'est cet ensemble d'impressions diverses constantes, plus ou moins définies, auxquelles Ch. Bastian a donné le nom d'impressions kinesthétiques qu'il propose de substituer au terme vague de sens musculaire, opinion à laquelle se rattache M. Charcot. Pour Ferrier aussi cette expression serait préférable. Outre les impressions conscientes kinesthétiques, M. Bastian pense qu'il y a en outre une série fort importante d'impressions non senties qui guident l'activité motrice du cerveau, en les mettant automatiquement en rapport avec les différents degrés de contraction de tous les muscles qui peuvent être en jeu.

E.-H. Weber, qui étudia le premier après chez Ch. Bell le sens musculaire, sous le nom de « sens de la force », se basa sur la sensibilité qui se manifeste par les différences de poids

pour le distinguer du sens tactile. Par la pression cutanée, en effet, nous ne pouvons percevoir que des différences d'un tiers du poids, quel qu'il soit, mis en contact avec notre peau, tandis que si nos muscles sont appelés à jouer, nous apprécions des différences de 1/17 du poids que nous supportons. Ces expériences, confirmées par d'autres auteurs, montrent bien qu'il existe en nous une capacité distincte pour apprécier les différents degrés de poids ou de résistance par les impressions qui résultent des états variés de tension ou de contraction de nos muscles. Cette faculté est perdue dans certaines maladies, et son absence donne lieu à des mouvements désordonnés quand les yeux sont fermés, et à la perte de la notion de position de nos membres. Nous y reviendrons à propos du siège du sens musculaire dans le cerveau.

Peu après Weber, Müller, à propos de ses expériences, fit ressortir que, dans ces cas, une sensation accompagnant l'innervation centrale, pourrait bien intervenir et il dit, dans sa *Physiologie* : « Nous avons une notion fort exacte de la quantité de *force nerveuse* partant du cerveau, qui est nécessaire pour produire un certain mouvement. Il serait fort possible que l'appréciation du poids et de la pression, dans le cas où nous soulevons et résistons, soit en partie du moins, non une sensation dans le muscle, mais une notion de la quantité de force nerveuse que le cerveau est excité à mettre en jeu. » William Hamilton soutient une opinion à peu près semblable. Pour lui, la résistance et le poids sont principalement mesurés par la « faculté locomotrice », tandis que l'appréciation, par cette faculté, de la force plus ou moins grande de notre « énergie mentale motrice » est toujours accompagnée et aidée « par des sensations dont les conditions sont, d'une part, le nisus ou repos musculaire, et, d'autre part le corps résistant ou pressant ». De ces sensations, les premières c'est-à-dire les sentiments liés aux états de tension et de relâchement, ont leur siège entièrement dans les muscles, et appartiennent à ce qu'on a quelquefois appelé le sens musculaire. Les dernières, c'est-à-dire les sensations déterminées par la pression externe ont leur siège en partie dans la peau et appartiennent alors au sens du toucher proprement dit, ou à la sensation cutanée, et en partie dans la chair, auquel cas elles appartiennent au sens musculaire. Ces impressions sont de simples modifications des nerfs sensitifs qui

se distribuent aux muscles et à la peau. » Pour Müller et Hamilton, le sens musculaire dérive donc à la fois d'une faculté d'origine centrale motrice, la faculté locomotrice; et d'autre part des impressions sensitives des membres en mouvement, impressions centripètes émanant des muscles, ou émanant de la peau. Ludwig pense aussi « qu'il est concevable et non invraisemblable que l'effort de la volonté ait précédé, comme moyen de jugement, les connaissances et le discernement qui nous arrivent par les muscles volontaires mis en jeu.

D'après Wundt, « le siège des sensations de mouvement ne paraît pas être dans les muscles mais bien dans les cellules nerveuses motrices... Nous n'avons pas seulement la sensation d'un mouvement exécuté, mais celle d'un mouvement à exécuter. La sensation de mouvement est donc liée à l'innervation motrice, c'est pourquoi nous l'appelons sentiment d'innervation ». Il dit ailleurs (*Psych. physiol.*, trad. française, p. 421) : « Les physiologistes ont essayé de faire dériver, autant que possible, toutes les sensations de mouvement d'*une seule* source. Dans cette intention, ils ont cherché : 1° à les ramener aux *sensations de pression de la peau;* 2° ils ont voulu y voir des *sensations musculaires spécifiques*, qui, dépendant des appareils sensibles et des nerfs situés à l'intérieur des muscles, seraient considérées en quelque sorte comme les sensations d'un sixième sens, le sens musculaire; 3° enfin, selon une autre supposition, ce sont des *sensations d'innervation;* elles dépendent uniquement de l'innervation centrale des organes moteurs et leur origine serait donc plutôt centrale que périphérique. On voit aisément que chacune de ces trois hypothèses sur le sens musculaire est insuffisante, mais chacune contient, évidemment une partie de la vérité, et par conséquent les sensations du mouvement sont pour nous des produits fusionnés complexes, provenant de sensations d'origine différente. » Il estime (*Menschen u. Thiersecle*, p. 222, t. I), comme le plus probable, que les sensations accompagnant la contraction des muscles naissent dans les fibres nerveuses qui transmettent l'impulsion motrice du cerveau aux muscles, car si elles étaient dues aux nerfs sensitifs des muscles elles croîtraient et décroîtraient constamment avec le degré de travail interne et externe accompli par le muscle. Mais ce n'est point là le cas, car la

force de la sensation dépend seulement de l'influence motrice, partant du centre, qui excite l'innervation des nerfs moteurs. » Comme preuves il cite des cas de paralytiques ou de parétiques qui peuvent encore sentir qu'ils accomplissent un grand effort musculaire, bien qu'ils remuent à peine leur membre. D'après cela, la conscience de l'effort serait indépendante de la contraction musculaire elle-même. Ferrier répond à cela que « nous trouvons une explication de l'effort considérable en apparence ne produisant qu'un léger mouvement, dans les associations formées par l'expérience passée. Bain soutient une opinion analogue à celle de Wundt quoique en différant légèrement. Pour lui aussi les impressions du sens musculaire dérivent des muscles par les nerfs moteurs et son siège est du côté moteur, et la conscience de nos contractions musculaires est indépendante des impressions centripètes nées de l'acte même de la contraction musculaire. Dans les différentes éditions de son livre sur les sens et l'intelligence, il accentue de plus en plus ses idées dans ce sens, et il s'exprime ainsi : « Comme les nerfs qui se rendent aux muscles sont surtout des nerfs moteurs grâce auxquels les mouvements musculaires sont excités par le cerveau et les centres nerveux, ce que nous en pouvons déduire avec le plus de certitude, c'est que la sensibilité qui accompagne les mouvements musculaires coïncide avec le courant centrifuge de l'énergie nerveuse et ne résulte pas, comme dans le cas de sensation pure, d'une influence affluant par les nerfs centripètes ou sensitifs. » Selon lui, les impressions du sens musculaire seraient appréciées par un « sens d'énergie déployée » concomitant avec le courant centrifuge, et par conséquent auraient leur siège du côté moteur. — Les découvertes de Sachs, montrant que les muscles possèdent des nerfs sensitifs, ayant un trajet et une distribution différents des nerfs moteurs, et pénétrant dans la moelle par les racines postérieures, ont fait rejeter complètement le sentiment d'innervation, ce qui est sans doute trop absolu.

Dans l'hypothèse de Bain, les centres et les nerfs moteurs seraient donc à la fois les agents de la contraction musculaire et de la conscience de l'effort musculaire. A l'appui de cette hypothèse on invoque les expériences de W. Arnold (*Die Verruchtugen der Wurzeln der Rückenmarksnerven*, 1844, Heidelberg) et de Cl. Bernard, qui, en enlevant la peau d'un

des membres d'une grenouille, ou en coupant ses racines postérieures d'un côté, ont montré qu'elle se servait avec autant de précision de ses deux membres, et que par conséquent elle devait avoir conservé la conscience de l'effort musculaire. Toutefois, Ferrier objecte que les mouvements coordonnés ne sont pas dus aux sensations, mais sont produits par la simple mise en jeu des mécanismes réflexes de la moelle épinière, de la même façon que les animaux, privés de leur cerveau, nous présentent des mouvements bilatéraux parfaitement coordonnés.

G.-H. Lewes, dans son premier ouvrage (*Physiology of Common Life*, 1860) admettait que le sens musculaire dérivait de courants centripètes ou impressions émanées des muscles, et rapportées aux centres volitionnels par les nerfs moteurs eux-mêmes. Les centres et les nerfs moteurs dans cette hypothèse étaient donc simultanément ou à peu près, témoins de courants centrifuges et centripètes. Lewes est revenu depuis sur cette opinion dans laquelle tout se passait aux dépens des centres et nerfs moteurs, et admet aujourd'hui les sensibilités passives comme composantes du groupe complexe des impressions émanées des muscles, c'est-à-dire du sens musculaire. Dans ses *Clinical and physiol. Researches on the nervous System*, 1876, Hughlings Jackson se montre partisan des idées de Wundt et de Bain, pour qui notre conscience de l'activité musculaire est en grande partie centrale, initiale et réalisable dans les centres moteurs.

Ferrier rapporte aussi aux centres moteurs les impressions du sens musculaire. A côté de ces théories absolues se placent des opinions intermédiaires, faisant une part aux impressions motrices et aux impressions sensitives. C'est ainsi que Bernhardt (*Archiv. für Psychiatrie*, 1872) pense que les notions de résistance et de poids dérivent principalement d'une appréciation du degré d'énergie centrifuge partant du centre volitionnel, bien qu'en partie aussi d'impressions centripètes ordinaires. Dans ses expériences avec Leyden (*Archiv. de Virchow.*, t. XLVII, p. 330), il a montré que dans des cas d'anesthésie cutanée, si le trouble de la sensibilité est borné à la peau, la sensibilité pour l'élévation des poids peut persister et avoir sa grandeur normale. Il faut donc admettre que cette sensation de mouvement, indépendante de la peau, réside dans une sensibilité particulière aux muscles, ou dans

une sensation d'origine centrale, accompagnant l'innervation volontaire des muscles. — Bernhardt penche à considérer le sens musculaire comme une fonction du cerveau, aidée seulement par des impressions centripètes. — Il a établi, en outre, qu'une distinction de poids peut être faite lorsque les muscles sont contractés par le courant électrique seul. Il montra de plus que la sensation de pression nous permet d'apprécier beaucoup plus faiblement des différences de poids que les mouvements d'élévation. La contraction musculaire, le sens musculaire, joue donc un rôle important et nous fournit bien là des impressions centripètes.

Weir Mitchell soutient également une opinion intermédiaire. Il rapporte des observations très intéressantes touchant aux hallucinations sensorielles des amputés qui croient encore faire agir leur membre perdu. Il s'exprime ainsi (*Injuries of nerves*, 1872) :

« Dans quelques cas, par exemple dans les amputations de l'avant-bras à la partie inférieure, les muscles moteurs des doigts subsistent en tout ou en partie et éprouvent des contractions réelles sous l'influence de la volonté. Le sensorium peut donc avoir connaissance des mouvements exécutés par les changements survenus dans l'état de ces muscles. D'autres fois, par exemple dans la désarticulation de l'épaule, dans les amputations de l'humérus, les muscles qui agissent sur la main font complètement défaut. Et cependant ici, comme tout à l'heure, il y a une sensation nette et consciente des mouvements des doigts et de leurs déplacements. Autrement dit, la volonté de mouvoir certaines parties est accompagnée de conditions mentales qui représentent devant la conscience le mouvement lui-même, la force avec laquelle il s'accomplit, et la série de changements de position dont il se compose. — Aujourd'hui les physiologistes n'admettent que les notions de ce genre, relatives au mouvement des parties que nous voulons faire agir, nous sont fournies par les contractions musculaires et les changements de position réellement exécutés. Cependant, li résulterait de tous les renseignements que nous avons fournis, que telle n'est pas l'explication véritable ; il semble que la volonté du mouvement et la conscience de ce mouvement soient des faits contemporains, s'accomplissant simultanément dans les centres nerveux. On pourrait alors invoquer la puissance de l'habitude qui aurait associé certaines formes d'activité cérébrale avec certaines idées de mouvements produits. La mémoire aurait conservé le souvenir de cette association. Mais dans quelques observations, l'amputation datait du plus jeune âge,

d'une époque dont les souvenirs sont très confus. Il est probable que ces idées, que nous sommes censés obtenir par le sens musculaire, sont provoquées et nécessitées par l'impulsion volontaire elle-même ; ce sont des avertissements envoyés au sensorium par les ganglions spinaux que la volonté a mis en activité.

Il a fait en outre des expériences électriques montrant que si on électrise les troncs nerveux dans un moignon ou au-dessus on provoque l'illusion de mouvements d'extension et de flexion des doigts, et des parties dont le blessé avait perdu conscience depuis des années peuvent réapparaître.

« Il est évidemment impossible d'admettre, dit-il, que les nerfs moteurs puissent transmettre des impressions vers les centres. Dès lors, il faut admettre que les excitations de certains nerfs sensitifs peuvent apporter au sensorium l'impression particulière des mouvements dans les muscles. Lorsque nous voulons un mouvement, il naît en même temps dans les mêmes centres spinaux des impressions qui vont renseigner le sensorium sur l'exécution de l'acte voulu, sur les déplacements dont il se compose, sur la force avec laquelle il est accompli. A chaque volition surgit dans l'intelligence la conscience de l'acte à accomplir avec ses qualités ; c'est à tort ce que ces phénomènes sont attribués à des impressions venant des parties périphériques. En second lieu, pendant l'accomplissement d'un mouvement, certains nerfs périphériques transportent au cerveau des impressions qui viennent compléter les notions nées dans les centres en même temps que la volonté ; de là des renseignements complémentaires sur l'exécution des actes musculaires. »

Duchenne (de Boulogne) peut être également rangé parmi ceux qui regardent le sens musculaire comme ayant à la fois une origine centrale et une origine périphérique. Il subdivise même le sens musculaire en sensibilité musculaire et conscience musculaire.

« Il ne faut pas confondre la *conscience musculaire*, dit-il, qui, dans l'acte des mouvements volontaires, semble précéder et déterminer la contraction, avec la sensation qui donne le sentiment de la pesanteur, de la résistance, etc., et qui a été appelée sens musculaire par Ch. Bell, et sensation d'activité musculaire par Gerdy. Cette dernière sensation est le résultat ou le produit de la contraction musculaire; l'observation clinique m'a démontré que cette sensation est un phénomène qui dépend plutôt de la sensibilité articulaire que de la sensibilité musculaire. La conscience musculaire peut exister indépendamment de la sensation d'acti-

vité musculaire. Elle est nécessaire à la contraction musculaire volontaire et à la cessation de cette contraction. »

Pour lui la sensibilité musculaire n'est qu'un phénomène de sensibilité générale qui n'offre aucun titre particulier à être rangée parmi les sens.

Nous en arrivons maintenant à l'opinion qui considère le sens musculaire comme étant d'ordre essentiellement sensitif. Lotze (*Medicinische psychologie*, 1852, p. 293) paraît avoir été le premier à soutenir que les sensations qui accompagnent nos mouvements ou en résultent sont afférentes et non efférentes, quand il dit que nous ne sentons pas la force que nous mettons à produire un effet, mais seulement ce qui se passe dans nos organes en mouvement après que la force a exercé son action. Landry (*Traité des Paralysies*, 1859), s'appuyant sur des données pathologiques et psychologiques, émet la même opinion qu'Hamilton relativement à l'existence d'impressions donnant des sentiments de tension et venant des muscles par les nerfs sensitifs. Seulement, au lieu de regarder comme Hamilton ces impressions comme secondaires, elles sont au contraire pour lui les plus importantes, sinon les seules. Pour lui les notions de résistance, de poids, de position, etc., ne peuvent venir ni du cerveau ni de n'importe quelle autre source en dehors des parties mêmes qui sont en mouvement, ainsi que le prouve d'ailleurs le passage suivant :

« Le *moi* a une conscience directe des phénomènes de volition; il sait immédiatement qu'il y a eu un stimulus volontaire et vers quelle partie du corps il est dirigé; quant aux effets produits il n'en est informé que d'une manière médiate, et peut les négliger. L'action nerveuse qui excite le mouvement ne peut donc fournir à la conscience qu'une idée de la volition et non de son exécution. Il est nécessaire que l'effet de l'excitation centrale, c'est-à-dire la contraction, soit produit pour que le cerveau puisse percevoir; et il perçoit, en même temps, à la fois le siège et le degré de contraction. *Le mouvement lui-même est donc la source d'où nous viennent les notions de ce genre.* »

Schiff et Trousseau ne reconnaissent pas, en réalité, l'existence d'un sens musculaire, car, pour eux, les impressions qui nous fournissent les notions de poids et de résistance ainsi que la connaissance de la position de nos muscles et de leurs mouvements, nous sont fournies non par les muscles

mais par les sensibilités cutanée et articulaire seulement. — Pour eux, néanmoins, on voit que les impressions qui constituent pour nous le sens musculaire ont une origine périphérique et une voie centripète.

C'est surtout Ch. Bastian qui s'est montré le défenseur de cette opinion. Dans son premier mémoire sur le sens musculaire (*Brit. Med. Journal*, 1869), il se rattache à l'opinion de Landry.« Le sens musculaire ne dépend pas de nos notions de la quantité de force nerveuse mise en liberté durant un effort volitionnel, ou autrement dit, de la conscience qu'a l'esprit de sa propre énergie centrifuge. Le sentiment d'énergie déployée n'est pas contenu dans l'acte volitionnel et n'en est pas un apanage, mais dérive d'impressions émanant des organes même en mouvement. Nos perceptions de résistance et de poids sont en réalité composées d'impressions tactiles, en partie de sensations passives émanant de nos muscles et de nos articulations, et des déductions basées là-dessus ». Il admet qu'il existe en outre des impressions transmises par les nerfs sensitifs ordinaires des membres en mouvement, par exemple des muscles, des articulations et de la peau, d'autres impressions, inconcientes celles-là, venant par des nerfs afférents spéciaux des centres moteurs spinaux. Il accorde même à ces dernières un rôle prépondérant. Dès lors, admettant que les impressions du sens musculaire sont pour la plupart *inconscientes*, il n'y a pas de faculté digne du nom de « sens musculaire ». Ces impressions qu'il désigne sous le nom d'impressions kinesthétiques, diffèrent de celles de toutes les autres facultés sensorielles en ce qu'elles sont, tout d'abord, *résultats* plutôt que *causes* de mouvement, et ne sont ensuite employées que comme guides pour provoquer la continuation des mouvements déjà commencés.

III. Quel est maintenant le rôle du sens musculaire? Pour que la volonté puisse exécuter un mouvement il lui faut non seulement la conception du but à atteindre, l'excitation des contractions en groupes fonctionnels et leur coordination, mais aussi la sensation exacte de ce que les muscles sont en train de faire, pour que l'énergie des contractions musculaires ne dépasse pas ou ne reste pas au-dessous du but proposé. Ces notions, c'est le sens musculaire qui les donne. « Toute discussion psychologique, dit Maudsley (*Physiol. de l'Esprit*)

sur la valeur du sens musculaire, comme guide du mouvement est superflue, vu l'observation pathologique qui prouve jusqu'à l'évidence que lorsque ce sens manque, les mouvements en question ne peuvent être exécutés qu'*à une condition, à savoir qu'un autre sens vienne remplacer celui-là.* Ce n'est pas un sens activement conscient, comme la vue ou le toucher : il est plutôt du genre des sensations organiques, contribuant inconsciemment ou avec une conscience confuse au résultat final. La vue peut le remplacer quand il est absent. » Plus loin Maudsley se demande quel est le rapport du sens musculaire à l'intuition motrice. Ce rapport lui semble être analogue à celui d'une sensation d'un sens spécial avec l'idée correspondante. Le sens musculaire jouerait le même rôle que les autres sens réceptifs. Il servirait à la formation des idées fondamentales de solidité, de grandeur, de forme et de distance, au moyen des impressions qu'il reçoit du dehors et transmet à l'intérieur, et des adaptations internes subséquentes ; il fournirait en outre à la réaction externe intelligente de l'individu, par les idées qu'il fait naître, un guide, grâce auquel l'individu peut diriger ses mouvements et régler la force qu'il doit leur imprimer dans les cas particuliers. Telle était aussi l'opinion de Landry quand il dit : « La sensation d'activité musculaire qui fournit l'idée de résistance sert à déterminer la quantité de force nerveuse nécessaire pour produire un mouvement, un résultat donné. — Ce n'est pas encore là tout son rôle. — Par elle, et par elle seule, nous connaissons la force de contraction actuelle des muscles, l'étendue, l'énergie, la direction des mouvements, la position de nos membres, en un mot les effets de l'incitation centrale. — Fait-elle défaut, toutes ces notions manquent avec elle, et par conséquent aussi, la possibilité de rectifier les erreurs de la contraction. Cette sensation remplit le rôle de dynamomètre à l'égard de l'influence nerveuse. »

Nous avons vu d'après la façon dont Wundt interprète la nature du sens musculaire, que pour lui la sensation du mouvement est liée à l'innervation motrice. Chaque sensation du mouvement est pour lui une résultante provenant de trois facteurs différents, sensation de pression de la peau et des parties sous-cutanées, sensation de contraction des muscles, et sensations d'innervation centrale, qui ne peuvent jamais être séparés à l'état normal, l'innervation centrale amenant sur-le-

champ une modification dans l'état des muscles. Meynert soutient aussi (*Psychiatrie*) une opinion analogue.

M. Jaccoud professe une opinion analogue à celle de Landry et de Maudsley. Pour lui, la coordination motrice, qui apparaît comme un fait unique et indivisible, procède en réalité de deux opérations distinctes : la coordination volontaire ou encéphalique, la coordination mécanique ou spinale. La coordination volontaire a pour effet d'adapter incessamment le mouvement fonctionnel au but voulu en modifiant les qualités finales selon les exigences variables de l'acte conçu ; or, pour que le sensorium puisse intervenir avec opportunité et mesure, il faut qu'il soit instruit à chaque instant des qualités du mouvement produit. Ces notions indispensables, l'encéphale les obtient directement par la vue, ou bien il les déduit indirectement des renseignements qui lui arrivent touchant la situation des parties qui se meuvent et l'état des organes contractiles qui les meuvent ; ces renseignements sont des impressions fournies par le sens musculaire. Dès qu'un mouvement, quelque complexe qu'il soit, est convenablement appris, dès que l'organisme se l'est assimilé, l'appréciation des qualités du mouvement cesse de se faire par la vue, et le sens musculaire intervient. C'est le seul, dit Jaccoud, qui soit mis en usage, à l'état physiologique, pour les mouvements de la marche et de la préhension.

E. Fournié (*Physiol. du syst. nerveux*) est aussi d'accord sur l'importance de ces sensations de mouvement par rapport aux autres impressions sensorielles comme guides des mouvements en général. Il a pleinement reconnu la part importante prise par le rappel des sensations de la contraction musculaire dans l'accomplissement des mouvements volontaires ou distinctifs. Il soutient que le sens musculaire est une condition indispensable pour la direction de nos mouvements, et que sans notre pouvoir de rappeler, de raviver les impressions musculaires à notre esprit, nous ne pourrions jamais apprendre parfaitement de nouveaux mouvements, et que l'exécution des mouvements serait un éternel apprentissage.

Au commencement d'un mouvement, il nous faut évoquer la *conception* des qualités de ce mouvement, ce que l'expérience antérieure nous permet de faire, avant de passer à l'acte. James Mill a soutenu que les impressions du sens musculaire interviennent et prennent part à l'opération,

comme agents déterminants, à une phase immédiatement postérieure à la conception, et antérieure à l'accomplissement réel du mouvement volontaire. Si on remplace les impressions du sens musculaire par le terme impressions kinesthétiques, nous avons l'opinion de Bastian. Cet auteur admet que le rappel idéal ou conception des qualités sensitives des mouvements nécessités, c'est-à-dire des impressions kinesthétiques, opère comme point de départ, en permettant à l'individu de déterminer, en s'appuyant sur une base déjà existante et en partie instinctive, *comment agir et quelle force employer*, tandis que pendant la continuation des mouvements, il serait aussi en partie influencé par des *sensations* réelles, se réalisant dans les mêmes parties du cerveau, et lui disant *comment il agit et quelle force il emploie.*

Il reconnaît aussi la nécessité de l'aide de la vue dans l'éducation des mouvements complexes. « Mais au bout de quelque temps les impressions qui appartiennent au sens musculaire deviennent assez librement associées avec celles de la vue, et avec les conducteurs nerveux et les mécanismes nerveux d'organisation nouvelle, pour permettre aux mouvements que nous avons étudiés de s'accomplir sous la direction immédiate des seules impressions kinesthétiques, sans qu'il soit plus besoin d'une direction auxiliaire fournie par le sens de la vue.

C'est par des impressions kinesthétiques que nous sommes ensuite continuellement instruits des qualités des mouvements actuellement produits. D'abord conscientes, elles finissent par passer inaperçues, et nous arrivons à accomplir une foule d'actions sous la direction de simples impressions kinesthétiques inconscientes. « Les actions d'abord volontaires passent ainsi dans la catégorie des *automatiques secondaires.* »

W. James professe les mêmes idées que Bastian et fait partir, comme lui, des centres sensoriels, seuls capables de recevoir les impressions kinesthétiques centripètes, le processus du mouvement volontaire. Ils arrivent à cette conclusion « que les actes volontaires ne sont en fait que des actes dont les centres moteurs sont constitués de telle sorte qu'ils peuvent être excités par les centres sensoriels dont l'excitation était primitivement l'effet. Pour eux, toutes nos idées de mouvement, grâce au rappel des impressions du sens

musculaire, sont ravivées dans les centres sensoriels, et les idées motrices n'existent pas.

M. Charcot (*Œuvres*, t. III, p. 463) fait avec soin la part des représentations motrices et des impressions kinesthétiques. « J'ai été conduit à admettre, dit-il, avec bon nombre d'auteurs, que les représentations motrices qui précèdent nécessairement l'accomplissement d'un mouvement volontaire s'effectuent dans les centres moteurs corticaux où elles trouvent leur substratum organique, et plus précisément dans les cellules nerveuses motrices de ces centres. Elles seraient principalement constituées par le sentiment d'innervation », de « décharge nerveuse », et auraient une origine centrale. Les notions fournies par ce qu'on nomme proprement le sens musculaire (s. kinesthétique de Bastian) consisteraient au contraire en des impressions venues de la périphérie, à savoir de la peau, des muscles, des aponévroses, des tendons, des capsules articulaires enfin; ces impressions s'emmagasineraient dans les centres sensitifs corticaux où pourrait avoir lieu leur rappel idéal. » S'appuyant sur ce qui se passe chez certains hystériques dont la sensibilité superficielle et la sensibilité profonde sont complètement éteintes, et qui, les yeux ouverts exécutent tous les mouvements avec précision, tandis que, les yeux fermés, ils tâtonnent, mais *sans incoordination* toutefois, il ajoute : « Ces modifications qui se produisent dans l'exercice des mouvements, chez les malades de ce genre, lorsque le concours des impressions kinesthétiques et visuelles est supprimé nous permettent de discerner jusqu'à un certain point en quoi consiste normalement le jeu de l'appareil fondamental des mouvements volontaires. Par contre l'étude des cas de paralysie psychique, portant uniquement sur le mouvement, fera reconnaître le rôle vraiment secondaire, tout important qu'il soit, des représentations visuelles et kinesthétiques dans l'accomplissement normal des mouvements volontaires. Peut-être d'ailleurs existe-t-il, à l'état normal, des variétés à cet égard. »

IV. Nous avons vu qu'au point de vue du mode par lequel nous pouvons apprécier les impressions du sens musculaire, les différents auteurs se divisent en trois groupes. Pour les uns, le sens musculaire est d'origine motrice centrale : telle est l'opinion de Wundt, de Meynert, de Bain, d'Huglings Jackson, etc.

Pour d'autres, le sens musculaire est d'origine à la fois motrice et sensorielle, centrale et périphérique, opinion soutenue par J. Müller, Hamilton. Enfin pour Landry, Schiff, Trousseau, Bastian, il est d'ordre exclusivement sensitif. L'étude des localisations cérébrales a naturellement amené à rechercher s'il n'existait pas dans l'écorce un centre spécial pour le sens musculaire.

Nothnagel pense que l'affection de la motilité consécutive à la destruction des centres moteurs est due à la paralysie du sens musculaire. Le fait de la restauration du mouvement au bout d'un certain temps, chez le chien, prouverait, d'après lui, que le centre du sens musculaire n'est pas lui-même détruit, mais que la destruction des centres corticaux n'a fait qu'interrompre le trajet des impressions centripètes.

Hitzig estime, d'après ses expériences avec Fritsch, que le centre lui-même du sens musculaire est détruit dans ces cas. Il croyait qu'il restait encore un chemin de l'*ame* au muscle, puisque le mouvement n'était pas complètement paralysé, mais qu'il y avait une interruption quelconque dans le trajet des impressions centripètes venues des muscles. « Cette interruption siège, dit-il, dans le centre détruit. » (*Reichert's u. Dubois Reymond's Archiv.* 1870, 1873, 1874.) Plus tard, il évite l'expression de sens musculaire, et dit dans ses derniers travaux que la destruction des centres corticaux a pour effet la perte de la *conscience musculaire.*

Schiff (*Archiv. fur Experim. Pathologie und. Pharmacologie,* 1874), regarde les mouvements résultants de l'excitation des centres moteurs comme de nature réflexe, tandis que l'affection de la motilité résultant de leur destruction est d'ordre ataxique, et produite par la perte de la sensibilité tactile. Les centres moteurs de Ferrier devraient donc être regardés plutôt comme des centres du toucher.

Ferrier répond à cela : « Savoir si la sensation est excitée avant que se produise le mouvement musculaire, est un problème qui ne peut être résolu chez les animaux inférieurs, mais le fait de convulsions localisées chez l'homme, lors d'irritation de l'écorce, font bonne justice de cette supposition; car l'on trouve que dans ces cas, où il se produit des convulsions limitées, les mouvements ne sont précédés de, ni associés à aucune sensation autre que celle qui accompagne les contractions musculaires violentes. Mais la preuve la plus

concluante de l'insoutenabilité de l'hypothèse de Schiff, consiste en ce fait que la sensibilité à la douleur, au toucher, etc., est absolument intacte après la destruction de ces centres. » De plus, il montre que « l'état qui peut, avec vérité, être décrit sous le nom de perte du sens musculaire ou de conscience musculaire dépend de la lésion d'une région entièrement différente (des centres moteurs) du cerveau, savoir de la région de l'hippocampe, ou centre de la sensibilité tactile ». Ferrier se montre opposé aux idées de Wundt et de Bain, et refuse de regarder les notions de résistance et de poids comme appréciées par les centres moteurs. Les expériences qu'il a faites avec Lauder Brunton montrent que l'appréciation musculaire de poids est indépendante de l'acte volitionnel, puisqu'elle peut s'exercer lorsqu'on fait contracter artificiellement les muscles en les excitant par l'électricité.

En somme, Ferrier admet, pour centre du sens musculaire, les circonvolutions de l'hippocampe, siège du sens tactile. Les centres d'impulsions centrifuges ou motrices, dit-il, sont anatomiquement distincts de ceux des impressions centripètes ou sensitives. Les uns peuvent être détruits, les autres restant intacts. Les centres corticaux pour les mouvements des membres sont en rapport uniquement avec les impulsions centrifuges et se différencient clairement des voies et des centres terminaux des impressions centripètes sur lesquelles s'appuie le discernement musculaire. La destruction des centres centripètes abolit le sens musculaire, ou conscience musculaire, bien que la faculté du mouvement subsiste. La destruction des centres centrifuges abolit la faculté de mouvements volontaires et empêche par suite l'exercice du discernement musculaire, mais la transmission et la perception d'impressions centripètes continuent à se faire normalement. »

Maudsley se rattache à l'opinion que c'est dans les centres moteurs corticaux que « sont emmagasinés les résidus des sensations musculaires dont nous tirons nos intuitions motrices... Les parties qui agissent comme centres moteurs sont le siège de la conception du degré et de la qualité de l'innervation musculaire, c'est-à-dire, de ce qu'on a appelé inductions musculaires. »

Bastian a combattu avec le plus de persistance les idées

de Ferrier. — « Des centres moteurs, où qu'ils soient situés, sont des parties dont l''activité paraît être absolument libre de phases subjectives concomitantes. Il ne semble pas que des reproductions « idéales » aient jamais lieu dans ces centres; ils sont mis en activité par des courants centrifuges, et pour, autant que nous en avons la preuve, l'arrivée en eux de mouvements moléculaires qui, immédiatement après, se rendent aux muscles par les nerfs moteurs, craniens et spinaux, est un simple phénomène physique. C'est le changement de condition du muscle ainsi excité et des parties contiguës, changement occasionné par le mouvement qui engendre un groupe d'impressions centripètes dont le terminus est le centre kinesthétique. Celui-ci est donc un véritable centre sensitif, et des *mouvements idéaux* peuvent être ravivés en lui, soit isolément, soit associés à des impressions visuelles qui s'y rapportent. Cela ne saurait produire que la plus grande confusion, si l'on attribue l'activité de ce centre sensitif à celle des centres moteurs. Le substratum cérébral de l'esprit ne comprend donc, en aucune manière, les processus qui ont lieu dans les centres moteurs du cerveau, où qu'ils puissent être situés. En d'autres termes, on ne peut regarder légitimement les opérations mentales comme étant en partie immédiatement dues à l'activité des centres moteurs. »

Dans son dernier mémoire, cet auteur s'élève de nouveau contre l'opinion de Wundt et de Bain. Il rapporte des cas bien connus de Demaux, de Landry, de Bazire, de Trousseau, dans lesquels il y avait disparition du sens musculaire, alors que les centres volitionnels, moteurs spinaux, les nerfs moteurs et les muscles pouvaient être mis en jeu comme à l'état normal (ces cas se rapportent à des ataxiques). « Ce qui prouve, dit-il, que la connaissance de l'état et de la contraction des muscles ne vient pas des impressions concomitantes des courants efférents de l'énergie nerveuse. » — « Je vais plus loin, ajoute-t-il, et je maintiens que les processus prenant place dans les centres moteurs et dans les nerfs moteurs sont des processus purement physiologiques, complètement dépourvus de conscience, c'est-à-dire que, depuis le moment où l'excitation motrice quitte les centres kinesthétiques jusqu'à celui où les contractions musculaires arrivent, nous avons seulement affaire à une série de processus physio-

logiques se passant dans les différents centres des nerfs moteurs. »

Pour lui, les idées motrices n'existent pas ; toutes nos idées de mouvement sont ravivées dans les centres sensoriels. Dès lors, il en arrive à nier les centres moteurs.

« Si, dit-il, nos sensations de mouvement sont concomitantes des courants efférents ; et si nous avons des idées des mouvements il y a des motifs sérieux d'admettre des centres moteurs dans l'écorce. Mais si c'est erroné et si toutes nos connaissances de mouvements viennent par les centres sensoriels il n'y a plus de raison d'admettre des centres moteurs, et ce dont on a seulement besoin, c'est l'existence des registres sensoriels des impressions produites par mouvement. En d'autres termes, les centres kinesthétiques doivent exister dans l'écorce au même titre que les autres centres d'impressions sensorielles avec lesquelles ils sont en relation fonctionnelle intime, tandis que la nécessité actuelle de l'existence des centres moteurs n'a pas encore été démontrée. »

Il s'appuie sur les opérations de Horsley rapportées par cet auteur (*British méd. Journal*, 1886) dans une communication à la Bristish medical Association [1], pour placer ses centres kinesthétiques au niveau des circonvolutions limitant la scissure de Rolando, c'est-à-dire au point même où se trouvent les centres moteurs de Ferrier, nouvel argument pour qu'il admettre les centres kinesthétiques exister seuls, à l'exclusion des centres moteurs. Comme nous l'avons dit plus haut, M. Babinski se propose de publier prochainement une nouvelle note tendant à prouver au contraire le rôle des centres moteurs. Nous avons vu quelle était à cet égard l'opinion de M. Charcot, qui considère les représentations motrices, précédant le mouvement, qui s'effectuent dans les centres moteurs, comme les seules indispensables à l'exécution du mouvement voulu. Tel est à peu près le résumé des opinions qui ont eu ou ont encore cours sur le sens musculaire. Comme on le voit, la question est loin d'être élucidée d'une façon définitive et les opinions les plus divergentes règnent encore à cet égard. Il faut espérer que l'étude plus approfondie des cas pathologiques où on observe la disparition du sens musculaire, en particulier dans l'hystérie [2],

[1] Voir la traduction de ce travail par M. Sorel dans le tome XIII des *Arch. de neurologie.*

[2] Voir *Iconographie photogr. de la Salpêtrière*, t. II.

permettra d'arriver à des données plus positives sur cette question des plus intéressantes tant au point de vue du mécanisme des mouvements qu'au point de vue plus général du fonctionnement du cerveau lui-même et des rapports qui existent entre la sensation et le mouvement.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. Monoplegia anæsthetica ; par le professeur Adamkiewicz. (*Wiener Medizinischen*, *Blätter*, nos 4 et 5, 1887.)

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans.

Antécédents héréditaires nuls. — La mère, deux frères et deux sœurs bien portants. Père rhumatisant, mort récemment.

Début. — En septembre 1885, apparition soudaine et sans cause connue de douleurs dans le bras droit; gonflement du dos de la main et des doigts. Douleurs surtout la nuit, avec chaleur et sécrétion sudorale sur le bras et dans la paume de la main; ces douleurs durent quelques semaines puis diminuent. En octobre, apparition d'une grosse vésicule et consécutivement d'un ulcère du dos de la main droite près de l'articulation du poignet. Usage du bras absolument conservé. La malade faisait la cuisine et se brûlait souvent sans s'en douter, ce qui explique les phénomènes précédents. Ce fut ainsi qu'on s'aperçut qu'elle présentait une anesthésie complète du bras droit. Soignée sans succès.

Etat actuel (avril 1886). — Fille bien constituée, intelligente. Etat psychique normal. — A part les troubles observées au bras droit, rien d'anormal dans les autres parties du corps. Pas de douleur ovarienne, pas de douleur sur les apophyses épineuses. Organes des sens normaux. Pas d'amblyopie, ni de dyschromatopsie. Pas de troubles sensitifs de la peau ou des muqueuses. — Réflexes tendineux, fonctions des muscles et réactions électriques ne présentant rien de pathologique.

Bras droit. — Rien de particulier à la palpation. — Douleur nulle à la pression sur les troncs nerveux, sur le plexus brachial, au-dessus et au-dessous de la clavicule. Pouls identique à celui du côté sain. — Rien aux articulations ni aux muscles. La peau de-

vient livide à la pression, froide, humide, légèrement œdématiée. Doigts un peu plus épais du côté malade, par suite de l'œdème. Eschare durant plusieurs semaines à la face dorsale de la deuxième phalange du médius. Traces de brûlure sur le dos de la main.

Anesthésie complète de la peau au toucher, à la pression, à la piqûre, à la brûlure. On peut la tirailler avec des pinces, la transpercer sans résultat. Les courants électriques les plus forts et le pinceau faradique ne donnent rien ou n'éveillent qu'une sensation très légère dans le creux de l'aisselle et au bout des doigts. L'anesthésie occupe la face antérieure et postérieure du bras, l'épaule et toute la région de l'omoplate, sauf l'angle de l'os qui est épargné. En arrière elle arrive presque jusqu'à la colonne vertébrale; en avant elle recouvre une partie de la clavicule et de l'acromion. Elle s'étend en haut jusqu'à la moitié du bord libre du trapèze. — Sens musculaire aboli. Si on ferme les yeux de la malade, elle perd complètement l'usage de son bras et ne sait plus le trouver. Au contraire, elle s'en sert à merveille quand elle a les yeux ouverts, pour n'importe quel ouvrage, grossier ou délicat; elle coud, tricote, écrit, etc...

Diagnostic. — Les anesthésies reconnaissent deux causes principales : 1° ou bien il y a suppression de l'activité des appareils nerveux récepteurs (organes terminaux sensitifs de la peau), ou percepteurs (centres sensoriels de l'écorce); — 2° ou bien il y a interruption des conducteurs nerveux qui vont de l'un à l'autre de ces organes. Dans le cas actuel la première hypothèse peut être écartée. — Il n'y a pas de lésion des organes terminaux sensitifs de la peau, car, dans ce cas, ou bien l'anesthésie est durable, et alors il y a destruction nécessaire de ces organes et de la peau, ou bien elle est passagère et cesse avec la cause qui la provoque (narcotique, froid, troubles de la circulation).

On pourrait croire plus volontiers à une parésie des centres sensoriels de l'écorce, et à une anesthésie hystérique. La diffusion de l'anesthésie qui n'est pas limitée à un département nerveux spécial, mais s'étend à une large surface cutanée (caractère de l'anesthésie hystérique d'après Charcot) semble plaider en faveur de cette hypothèse. Il en est de même du fait que le bout des doigts et le creux de l'aisselle présentent encore un certain degré de sensibilité, qu'il y a pour ainsi dire des îlots de sensibilité dans un territoire d'anesthésie. — Mais notre malade ne présente aucun phénomène hystérique, ni psychique, ni sensoriel. — Au contraire, l'anesthésie s'accompagne ici de phénomènes indiquant un substratum organique de la lésion, à savoir : de la cyanose, de l'œdème, de l'augmentation de la sueur et des troubles trophiques qui se manifestent surtout par la ténacité des ulcérations cutanées.

D'autre part, certains caractères de l'anesthésie fonctionnelle

font défaut. L'application de sinapismes ne produit pas le phénomène du transfert, comme cela se voit souvent dans l'hystérie. Chez le malade dont il est question on n'a obtenu aucun résultat même par des applications prolongées (5 heures). La peau avait rougi, s'était enflammée et couverte de vésicules, mais l'anesthésie ne s'était pas modifiée. M. Adamkiewicz écarte, à cause de cela, l'hypothèse d'hystérie. Il s'agit par conséquent ici d'une lésion des conducteurs nerveux, c'est-à-dire soit des nerfs périphériques, soit des voies de conduction médullaires, soit des voies de conduction cérébrales.

On peut écarter la première hypothèse; en effet, outre quelques branches du plexus cervical, tous les nerfs sensitifs du plexus brachial sont malades; or ils sont intimement liés aux rameaux moteurs du même plexus; les affections qui pourraient les intéresser (névrite, tumeur) se manifesteraient, par conséquent, non seulement par des symptômes sensitifs, mais aussi par des phénomènes moteurs. De plus, rien dans les antécédents n'autorise l'hypothèse d'une maladie des nerfs périphériques; d'autant plus que dans ce cas, l'anesthésie n'aurait pas une étendue aussi considérable. En effet, même dans le cas d'arrachement du plexus brachial, Ross a montré que l'anesthésie n'intéresse pas le bras tout entier, mais seulement la main et l'avant-bras jusqu'au pli du coude. Elle dépasse le pli du coude sur la face antérieure et s'étend sous forme de languette jusqu'à environ la moitié du biceps.

On ne doit pas admettre non plus de lésion médullaire, car dans ce cas l'anesthésie se réduit à une parésie, à des paralysies partielles intéressant tel ou tel mode de sensibilité, occupant en général les deux côtés du corps et s'accompagnant de troubles de la motilité. Ainsi, dans le cas d'anesthésie alterne, l'autre bras ne serait pas épargné; il y aurait paralysie motrice, hyperesthésie et troubles trophiques de ce côté, toutes choses qui n'existent pas dans le cas qui nous occupe, et dans lequel il y a, de plus, absence totale de signes généraux. — On doit écarter également l'idée d'une lésion cérébrale.

Quelle peut donc être la lésion? La malade n'a pas de paralysie motrice; elle a de l'anesthésie, des anomalies de la sécrétion sudorale, des troubles trophiques et circulatoires. La lésion doit donc se trouver dans un point où les nerfs sensitifs, sécrétoires et trophiques du bras droit sont réunis, sans qu'ils se mélangent aux fibres motrices. Ce point correspond à l'endroit où les racines postérieures sont unies aux ganglions intervertébraux. La lésion de cette région entraîne non seulement l'anesthésie, mais encore des troubles trophiques soit indirectement, par suite de la perte de la sensibilité et des réflexes, soit directement; Stricker a démontré, en effet, que les racines postérieures contiennent des nerfs vaso-

moteurs et trophiques bien que la grande masse de ces derniers passe par les racines antérieures pour aller au grand sympathique. — Pour le membre supérieur, ils passent par le 3e ganglion cervical, mais le peu d'importance des troubles trophiques dans notre cas, écarte toute idée d'altération de ce ganglion.

Les anomalies de la sécrétion de la sueur s'expliquent par le retentissement de l'affection des ganglions intervertébraux et des racines postérieures sur les nerfs de la sueur qui ne proviennent pas seulement du grand sympathique, mais en majeure partie du système cérébro-spinal, et qui sortent de la moelle avec les racines antérieures.

Etant donné l'état général excellent de la malade on devrait penser à une lésion localisée et bénigne. Les douleurs violentes du début qui reparaissaient avec les changements de temps, firent songer à une affection rhumatismale légère, à une sorte de pachyméningite cervico-brachiale intéressant seulement les racines postérieures et ayant amené un exsudat dans les parties voisines ou dans la gaine de ces racines. Dans ces conditions M. Adamkiewicz tenta d'agir d'une façon « catalytique » sur la partie malade à l'aide du courant continu, en combinant ce traitement avec des bains tièdes et l'iodure de potassium à l'intérieur.

Traitement électrique. — Séances de peu de durée avec courants faibles; pôle négatif sur les trous de conjugaison des vertèbres cervicales inférieures et sur le sympathique cervical ; pôle positif sur les troncs nerveux du plexus brachial. De temps à autre, quelques secousses galvaniques dans tout le plexus.

Au début, retour très passager de la sensibilité ; puis retour durable, mais l'anesthésie reparaissait d'une facon transitoire avec les changements de température. A la fin de juin, trois mois après le commencement du traitement, la malade pouvait être considérée comme guérie. L'affection n'a pas reparu depuis.

Peut-être certaines anesthésies rhumatismales toxiques rentrent-elles dans le même cadre. Mais comme les symptômes cliniques dépendent non pas du processus pathologique, mais de l'organe atteint, on peut réunir toutes ces affections des racines postérieures, sous le nom de monoplégie anesthésique, quand il s'agit d'un membre. On ajoutera à cette dénomination l'épithète de rhumatismale, toxique, etc., suivant les cas.

Cette observation est très intéressante, mais nous devons dire que nous ne partageons pas l'avis de l'auteur au sujet du diagnostic. M. Adamkiewicz se fonde, comme on le voit, pour rejeter le diagnostic d'hystérie sur les motifs suivants : 1° absence de stigmates hystériques et en particulier absence de l'état mental propre aux hystériques ; 2° présence de

troubles trophiques. Qu'il nous soit permis de soumettre à la critique les arguments invoqués par M. Adamkiewicz.

Tout d'abord on peut se demander si réellement dans ce cas tout stigmate de l'hystérie faisait défaut. En effet, en ce qui concerne les phénomènes oculaires, l'auteur fait remarquer qu'il n'y avait pas d'amblyopie, ni de dyschromatopsie, mais il ne dit pas si le champ visuel a été exploré, si la polyopie monoculaire a été recherchée. Or cette polyopie spéciale et le rétrécissement du champ visuel constituant des caractères de l'hystérie d'une importance fondamentale, il eût été bon de spécifier si l'examen a été pratiqué à ce point de vue. Pourtant, admettons qu'il en a été ainsi et que le résultat a été négatif. Est-ce là une raison suffisante pour rejeter catégoriquement l'hypothèse d'hystérie? Non certainement. Ne sait-on pas que cette névrose peut se manifester quelquefois par des phénomènes isolés? Il est même assez commun de rencontrer des cas de contracture spasmodique des membres inférieurs, de mutisme, de hoquet, qui sont, à n'en pas douter, sous la dépendance de l'hystérie, et qui constituent ses seules manifestations, sans qu'il soit possible d'observer chez les malades aucun stigmate. C'est là l'hystérie monosymptomatique. — Je crois aussi utile de faire observer ici que cette mobilité dans les idées et dans l'humeur, ces tendances impulsives des malades à rire et à pleurer sans motif, que l'on observe fréquemment chez les hystériques, sont loin de constituer, comme beaucoup de médecins semblent le croire, un caractère essentiel. Cet état psychique particulier fait souvent défaut, et il existe beaucoup d'hystériques avérés dont l'état mental est pourtant tout à fait normal.

Passons maintenant à la question des troubles trophiques. Les *phlyctènes*, les ulcérations étaient dues surtout, comme le fait remarquer M. Adamkiewicz lui-même, à des brûlures qui résultaient de l'anesthésie du membre et n'étaient pas par conséquent de véritables troubles trophiques. Du reste, c'est une erreur de croire que l'hystérie soit à l'abri d'altérations nutritives. L'amyotrophie elle-même peut se développer dans l'hystérie et atteindre même de fortes proportions. En ce qui concerne les troubles vaso-moteurs et sécrétoires, le refroidissement d'un membre anesthésié, *la sudation excessive*, ce sont là des phénomènes vulgaires dans l'hystérie.

Arrivons enfin à l'anesthésie. Les caractères sont à tous les

points de vue semblables à ceux que M. Charcot a relevés dans les observations de monoplégie brachiale hystéro-traumatiques qu'il a publiées [1]. La limite supérieure de l'anesthésie est en particulier digne d'être relevée, car dans tous les cas de monoplégie brachiale hystéro-traumatique, et dans les monoplégies que l'on développe par suggestion chez des hypnotiques, on retrouve toujours la même disposition. Parfois, lorsque la monoplégie disparaît, l'anesthésie persiste et se présente encore sous le même aspect. C'est ce qui a eu lieu en particulier

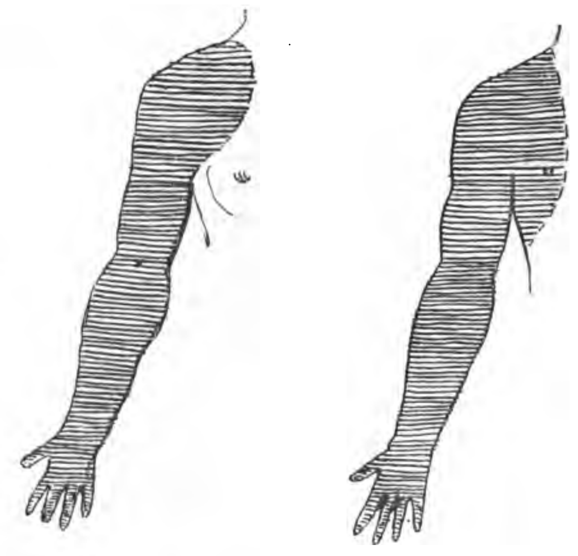


Fig. 1.

chez un des malades, le nommé Porcen... dont M. Charcot s'est servi pour établir les caractères de la monoplégie hystéro-traumatique. On peut voir sur la *figure* 1 un schéma représentant l'étendue de l'anesthésie dans ce cas, et on peut constater que ses limites sont exactement celles que l'on observe dans le cas de M. Adamkievicz en comparant cette figure à la *figure* 2, qui est la reproduction du schéma de M. Adamkiewicz. La persistance de la sensibilité à l'extrémité des doigts, l'intensité de l'anesthésie, la disparition de la sensibilité dans

[1] Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III.

ses divers modes (tact, douleur, température), la perte du sens musculaire sont aussi des caractères que l'on note fréquemment dans l'anesthésie hystérique. Enfin, le retour de la sensibilité sous l'influence du traitement électrique appartient aussi à cette espèce d'anesthésie.

Nous croyons avoir démontré par ce qui précède qu'il n'y a pas un seul argument permettant de rejeter l'hypothèse d'hystérie.

Voyons maintenant si le diagnostic porté par M. Adamkiewicz est de son côté soutenable. Nous sommes d'avis qu'il est

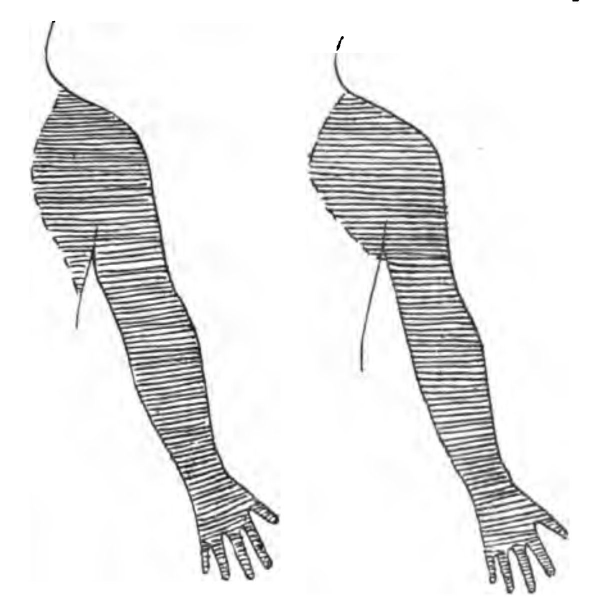


Fig. 2.

passible d'objections fondamentales. En effet, admettons d'abord, ce qui pourrait même être sujet à discussion, qu'une lésion occupant le siège présumé par M. Adamkiewicz puisse produire une anesthésie occupant les limites sus-indiquées, et poursuivons. S'il s'agit d'une légion nerveuse organique, en supposant qu'elle soit superficielle, il est impossible de comprendre l'intensité de l'anesthésie , et en supposant qu'elle soit profonde, on ne peut concevoir le retour si rapide de la sensibilité par le simple passage de courants électriques.

D'après nous cette anesthésie ne peut être due qu'à une modification dynamique du système nerveux, à une névrose, à l'hystérie. — Mais l'opinion que nous émettons ne prête-t-elle pas à son tour à la critique, et ne pourrait-on pas soutenir qu'en l'absence de tout stigmate hystérique, il est plus logique, tout en rejetant l'hypothèse de lésion matérielle, d'admettre qu'il s'agit là d'une névrose, produisant une anesthésie analogue à l'anesthésie hystérique, mais indépendante de l'hystérie? Si l'on soutient une pareille thèse, il faut, pour être logique jusqu'au bout, admettre autant d'espèces morbides qu'il y a de manifestations hystériques, puisque, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, chacune de ces manifestations peut se développer à l'état isolé. Il nous semble que ce serait là créer inutilement des espèces tout artificielles. N'est-il pas bien plus naturel de considérer les cas de cet ordre comme appartenant à l'hystérie et en constituant simplement une variété qu'on peut appeler l'hystérie locale, ou l'hystérie monosymptomatique suivant l'expression de M. Charcot.

Nous résumerons notre argumentation de la façon suivante: 1° le cas d'anesthésie du membre supérieur observé par M. Adamkiewicz présente tous les caractères de l'anesthésie hystérique; 2° aucune lésion organique ne pourrait produire une pareille anesthésie; 3° à moins de créer, ce qui nous paraît illogique, une espèce nouvelle de névrose qui se manifesterait par une anesthésie identique, à tous les points de vue, à l'anesthésie hystérique, il faut reconnaître que ce cas d'anesthésie doit rentrer dans le cadre de l'hystérie [1]. BABINSKI.

II. SURDITÉ VERBALE, APHÉMIE, HÉMIANESTHÉSIE DROITE; par M. PERRET. (*Lyon médical*, 1886, t. XLI.)

Ce travail est fondé sur l'observation d'une malade qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie, resta hémianesthésique du côté droit et aphasique (aphémie et surdité verbale). Cette femme ayant succombé quelque temps après à une pneumonie, on trouva en faisant son autopsie un vaste foyer de ramollissement qui occupait les circonvolutions de l'insula, les trois quarts postérieurs des circonvolutions temporo-sphénoïdales, les lobules pariétal supérieur et inférieur et la plus grande partie du lobe occipital.

[1] M. Freud (*Neurologisches Centralblatt*, n° 6, 1887) a analysé le travail de M. Adamkiewicz, et il est aussi d'avis qu'il s'agit là d'une anesthésie hystérique.

Cette observation, que l'auteur rapproche d'un fait analogue publié par M. Déjerine, semble confirmer l'opinion des auteurs qui pensent que la localisation de la faculté du langage ne doit pas être restreinte à la circonvolution de Broca, dont l'intégrité était complète dans ce cas ainsi que les parties sous-jacentes du centre ovale. Jusqu'à présent toutefois, les troubles du langage produits par une lésion du lobule de l'insula ne paraissent pas différer de ceux qui résultent de la destruction de la circonvolution de Broca. Le ramollissement des circonvolutions temporo-sphénoïdales explique d'une façon suffisante la surdité verbale; quant à l'hémianesthésie, l'intégrité de la capsule interne, du centre ovale et des ganglions centraux démontre qu'il s'agissait d'une hémianesthésie d'origine corticale. G. Deny.

III. Crises épileptiformes provoquées par une otite moyenne chronique; par M. le Dr Noquet. (*Bull. méd. du Nord*, 1886.)

L'observation qui constitue la base de ce travail est celle d'un homme de quarante et un ans, sans antécédents héréditaires, qui depuis un an était sujet à des crises épileptiques qu'on ne savait à quoi attribuer. L'examen des oreilles dénota l'existence d'une otite chronique moyenne du côté droit dont le malade ne se doutait pas. Des insufflations d'air et de vapeurs dans la caisse répétées pendant plusieurs mois amenèrent la guérison. Le Dr Noquet en conclut que c'est à l'augmentation de pression du liquide intra-labyrinthique et à la compression des filets nerveux, qu'il faut attribuer dans ce cas les crises épileptiques. Il s'agirait en un mot d'une épilepsie réflexe. Cet accident est certainement plus rare que les vertiges et les chutes, qui ne s'accompagnent ni de perte, de connaissance, ni de convulsions, mais il est impossible dans l'état actuel de la science, de rendre compte de cette différence.

G. D.

IV. Méningocèle empêchant le travail : Spina bifida; par A. Loxton. (*Bristish med. Journ.*, mai 1887.)

Le 23 avril, je fus appelé auprès d'une femme de trente et un ans, pour son premier accouchement. A l'examen, je trouvai les diamètres du bassin normaux, et les parties molles, pour une primipare de son âge, remarquablement élastiques. Je diagnostiquai une présentation du sommet, mais il y avait près de la tête quelque chose de très embarrassant au toucher. Le travail progressa rapidement jusqu'à ce que l'occiput fût sous le pubis. Alors, quoique les douleurs fussent fortes et fréquentes, la tête refusa de changer de place, et le périnée ne se distendit pas. Il y avait suffisam-

ment de place sur les côtés, mais il était évident que le diamètre antéro-postérieur de la tête ne pouvait permettre à l'extension de se produire, et la face restait par conséquent dans la concavité du sacrum. Après avoir attendu d'être complètement certain que l'enfant ne pourrait pas naître sans intervention, j'appliquai le forceps et fis la délivrance. A l'inspection, la tête avait l'apparence d'être énormément développée en arrière. Le péricrâne était normal et les proportions semblaient correctes, sauf le grand diamètre du nez à l'occiput. A la palpation je pouvais distinguer les bords postérieurs des pariétaux, la protubérance occipitale, et d'un côté une substance mince, comme du carton, que je supposai être les lames non réunies de l'occipital. Occupant cette position c'était une tumeur fluctuante, sessile, grosse comme une petite orange, oblitérant complètement la suture lambdoïde, et couverte apparemment par les tissus normaux du péricrâne. C'était seulement quand l'enfant criait qu'on notait une lividité anormale, et que la tumeur devenait très tendue. La pulsation n'était pas bien marquée. En tournant mon attention du côté de l'épine dorsale je trouvai une fente au niveau des deux dernières vértèbres dorsales et des trois vertèbres lombaires supérieures. Il n'y avait pas de tuméfaction ici, sauf quand l'enfant criait ou qu'on lui pressait sur sa tête. La peau s'arrêtait brusquement sur le bord de cette fente par un bord élevé, dans lequel on pouvait sentir les lames d'os mal développées. La fente était recouverte par une membrane transparente, rouge, qui commença bientôt à suppurer. La communication existant entre les deux anomalies fut prouvée après la mort : en pressant sur le méningocèle et sur le spina bifida, on déterminait de la fluctuation et le gonflement augmentait et diminuait alternativement. A tous les autres points de vue l'enfant, une fille, était bien développée. Elle était inerte, ne criait pas, ne prenait pas le sein, ne remuait pas les jambes. Elle mourut trente-six heures après sa naissance. S.

V. Note sur un cas de paralysie radiculaire spontanée du plexus brachial; par le Dr E. Dufourt. (*Lyon méd.*, 1886, t. LI.)

Il s'agit d'une malade âgée de trente et un ans, sans antécédents héréditaires, qui présentait du côté gauche une paralysie avec atrophie des muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur, long et court supinateur, sous-épineux et grand dentelé avec perte absolue de la contractilité faradique, réaction de dégénérescence pour la contractilité galvanique, retard et diminution de la sécrétion sudorale, sans troubles de la sensibilité, sauf une douleur à la pression au point de Erb.

Se fondant sur l'ensemble des caractères précédents, l'auteur conclut à l'existence d'une lésion des cinquième et sixième racines cervicales à leur point d'envergure entre les scalènes : type supérieur des paralysies radiculaires du plexus brachial.

Les paralysies de cette nature se produisent habituellement sous l'influence du traumatisme ou de la compression ; dans ce cas, au contraire, les accidents sont survenus spontanément et paraissent devoir être attribués au froid, la malade travaillant souvent le cou et la poitrine découverts. G. Deny.

VI. Sur la perte du réflexe rotulien dans le diabète sucré ; par P. Marie et G. Guinon. (*Revue de médecine*, 1886, t. VI, p. 640.)

Les auteurs se sont appliqués à démontrer l'importance de la constatation du signe de Westphall chez les diabétiques pour le diagnostic et le pronostic tant à l'aide de quatre observations nouvelles que d'une statistique empruntée au professeur Bouchard à qui l'on doit d'avoir le premier mis le fait en lumière. MM. Guinon et Marie pensent en outre qu'il y aurait peut-être matière à intéressante observation sinon même élément utile de diagnostic à tenter chez les diabétiques le rappel du réflexe rotulien aboli par le procédé de Jendrassik, sous l'influence des mouvements du tronc et des membres supérieurs.

Quoi qu'il en soit, la disparition du phénomène tendineux, impropre aussi bien à constituer une forme nouvelle de diabète qu'à réédifier une théorie nerveuse de cette affection (de Ferry de la Bellonne), ne s'observe que dans la période de cachexie, alors que le malade se trouve sous la menace des complications graves, cause ordinaire de la mort des diabétiques. Le taux de la mortalité chez les diabétiques privés du réflexe patellaire est le double au moins du taux de la mortalité chez les diabétiques qui l'ont conservé.

On verra dans la troisième observation, dans un cas de troubles nerveux disparates, combien furent utiles la recherche et la découverte de la glycosurie, commandées par la perte du réflexe rotulien. Le signe de Westphall imposera donc presque toujours l'analyse des urines et le résultat de cette analyse seul permettra de distinguer le *tabes* du *pseudo-tabes diabétique*. D. Bernard.

VII. Les tumeurs des plexus choroïdes ; par J. Audry. (*Revue de médecine*, 1886, n° 11.)

Si ces néoplasies peuvent être l'objet de descriptions précises et curieuses d'anatomie pathologique, leur symptomatologie, quand elles en ont une, ne diffère en rien de celle de l'hydropisie ventriculaire, de celle des tumeurs cérébrales en général.

L'auteur considère successivement les tumeurs des plexus choroïdes dues au développement exagéré d'un élément normal de l'organe (*épithéliome*, *lipome*, *angiome*, *psammome*, *fibrome* et *myxome*), celles que constitue un élément étranger à leur structure (*enchondrome*, *ostéome*, *tubercules*, *carcinome*, *tumeurs parasitaires*), enfin leur *hypertrophie simple* et leur *dégénérescence hystique*. Plusieurs de ces descriptions manquent de précision, notamment celles du fait recueilli par lui et des tumeurs épithéliales auxquelles il le rattache. Aussi la ressemblance de ces néoplasies avec celles de la pie-mère externe est-elle affirmée, mais point démontrée. Les explications abondent dans ce mémoire, empruntées aux auteurs les plus divers de l'Allemagne pour nous faire pénétrer la pathogénie de la dégénérescence kystique des plexus. La plus simple et la plus vraisemblable a échappé. Ces kystes résulteraient simplement de l'absence de soudure par points des deux feuillets de la pie-mère interne qui engaine les plexus (Ch. Féré). Ceci démontre d'ailleurs que l'anatomie descriptive de ces parties n'a point moindre importance que leur anatomie de texture. Ni l'étiologie, ni la symptomatologie, patiemment relevées par l'auteur dans les vingt-cinq observations qu'il a réunies, n'offrent au clinicien aucun signe même incertain pour établir le diagnostic de ce genre de productions. Elles constitueront donc encore longtemps des trouvailles d'autopsie, trouvailles assez fréquentes à l'amphithéâtre de la Salpêtrière du moins. D. B.

VIII. Cas d'hydrocéphalie chez un adulte, avec augmentation de volume de la tête et écoulement de liquide clair par le nez; par J. Toppin (de Bermondsey). (*Medical Press*, 20 avril 1887, p. 370.)

Il s'agit dans cette observation d'un malade âgé de soixante-neuf ans, que le Dr Toppin trouva ayant la face tuméfiée, surtout au niveau des paupières inférieures, avec une teinte terreuse; il présentait en outre une hernie double et une hydrocèle, ainsi que de l'œdème des jambes, surtout à droite; celle-ci avec une teinte érysipélateuse. De l'iodure de potassium fut ordonné, et le médecin revint l'après-midi; il trouva le malade debout, quoique se tenant difficilement, ponctionna l'hydrocèle. Le lendemain le malade était encore plus abattu, et l'auteur remarqua chez lui un écoulement de liquide clair par le nez. La femme du patient lui raconta que *cet écoulement existait depuis vingt mois*. Vingt-deux ans auparavant, il avait eu un érysipèle de la jambe droite; deux ans après il tomba sur le dos. Depuis ce temps, il porta une hydrocèle, qui fut ponctionnée plusieurs fois. Depuis douze mois environ, était survenu un écoulement incessant de liquide limpide par le nez, qui ennuyait beaucoup le malade. Cet écoulement était plus

prononcé le matin; le patient était somnolent, s'endormait souvent sur sa chaise. Depuis ce temps, sa femme avait remarqué une tuméfaction de la tête. L'auteur trouva une proéminence de forme ovale, commençant au niveau de la fontanelle antérieure et s'étendant en arrière sur une longueur de deux pouces. En arrière il remarqua une dépression au niveau de la suture coronale, et une autre au niveau de la suture lambdoïde où on sentait, entre les os du crâne, un écartement de près d'un quart de pouce. Quelque temps auparavant le malade s'était aperçu que son chapeau était trop étroit pour sa tête. Le troisième jour, le malade présentait la respiration de Cheyne-Stokes, le pouls battait 110 pulsations, la température était de 97°,6 (36°,40). L'urine contenait des flots d'albumine. On ne put recueillir du liquide s'écoulant par le nez. Le malade mourut le cinquième jour avec tous les signes du mal de Bright. L'autopsie ne put être faite. Il est fâcheux que l'observation n'ait pu être complétée, car il s'agit là d'un fait très rare sinon unique, dont la constatation anatomo-pathologique aurait seule pu montrer la cause. Une chose nous étonne : c'est l'écartement des os du crâne qui à l'âge du malade sont solidement soudés depuis longtemps. A. Raoult.

IX. Note sur un cas de péripachyméningite spinale ; par le Dr W.-H. Morse.

L'observation, que relate l'auteur, est celle d'un jeune homme présentant des antécédents héréditaires nombreux. C'est ainsi que ses deux grands-pères étaient morts d'apoplexie; sa grand' mère avait longtemps présenté des phénomènes de mélancolie; sa mère était paralytique et son père mourut d'apoplexie pendant la durée de l'observation. Enfant, il était d'une intelligence très vive, à dix-neuf ans, on dut l'empêcher d'étudier à cause des migraines dont il souffrait. Un jour ayant été mouillé par une pluie froide, il présenta des douleurs dans le cou du côté droit. Le Dr Morse diagnostiqua un abcès sous-cutané de cette région. Quatre semaines après, il devint subitement paralysé de tout le côté droit. L'électrisation faradique fit disparaître presque entièrement ces phénomènes, au bout d'un traitement de cinq mois. L'abcès du cou avait pris l'aspect d'une masse indurée. La paralysie se guérit complètement, et le malade avait recouvré la santé, qui se continua sans retour pendant trois ans. A la fin d'octobre 1886, il présenta de la céphalalgie, des vertiges, de l'insomnie avec des douleurs musculaires dans la région dorsale, sans aucune cause apparente, sauf quelques abus d'alcool. Le cinquième jour, il fut pris de somnolence et de douleurs dorsales, qu'il comparait à de nombreuses piqûres d'aiguilles. On découvrit onze tumeurs adhérentes douloureuses au niveau du rhomboïde; une d'entre

elles était à gauche de la seconde vertèbre dorsale ; son ouverture laissa écouler du pus de mauvaise nature ; d'une autre sortit une esquille osseuse. Bientôt après cette dernière ouverture, survinrent des convulsions pendant quarante secondes; trois nouveaux accès se produisirent. Le malade tomba dans le coma, et dix heures après, survint un spasme violent, suivi de la mort. Durant les six dernières heures, le pouls ne s'était pas modifié.

A l'autopsie, on découvrit au niveau des abcès de la région dorsale, une poche, s'étendant près de la colonne vertébrale sur une longueur de cinq pouces et demi. La dure-mère était entourée d'une masse, épaisse de plus de trois millimètres, à partir du niveau du foyer jusqu'à la dixième dorsale. La dure-mère et la pie-mère avaient une apparence normale ; la moelle était comprimée, mais ne présentait aucun signe de myélite. Les muscles et les gros troncs nerveux portaient des signes de processus inflammatoire.

Pendant la vie, ces symptômes de péripachyméningite avaient bien été différenciés par l'auteur de ceux d'une méningite spinale à laquelle on eût pu penser par suite de l'absence de céphalalgie, de contracture et d'exagération des réflexes. (*Medical Record. New-York*, janvier 1887.) A. Raoult.

X. Névrites multiples; par Buzzard. (*Medical Record New-York*, 25 septembre 1886.)

Le Dr Buzzard a fait un heureux choix en prenant les névrites pour sujet de ses « Harveian Lectures » faites l'hiver dernier, car dans ces cinq dernières années les neurologistes ont fait quelque notable progrès dans l'étude de la question. Le point le plus important est la preuve donnée que la cause des cas de paralysies extensibles, de types très variés, est l'inflammation de la dégénérescence des nerfs périphériques seulement, sans que les centres nerveux soient touchés. Les formes de paralysies par suite de névrites multiples n'ont pas été décrites systématiquement dans les livres classiques, quoiqu'on ait publié des histoires cliniques à différentes époques depuis le Dr Lettsom, il y a un siècle; le Dr Buzzard cite une excellente description du Dr Graves d'une épidémie de névrite à Paris en 1828.

La névrite multiple, ordinaire, est une maladie due à quelque agent toxique ou à quelque miasme qui pénètre dans l'organisation. Elle se présente à l'état épidémique au Japon et dans l'Amérique du Sud sous le nom de beri-beri ou kakké. Dans l'Inde elle a été décrite sous le nom d'ignipédités et en France sous celui d'acrodynie. Quoique causée par une infection, elle peut naître à la suite d'une exposition au froid ou à l'humidité et produire la forme « rhumatismale » ; beaucoup plus souvent, dans cette contrée

et en Europe, elle est due aux excès alcooliques, à la diphthérie, à l'arsenic, au plomb et peut être à d'autres poisons métalliques. Les symptômes dans les cas types sont ceux qui suivaient naturellement une irritation ou une perte partielle ou complète de la fonction des nerfs des extrémités. Les malades ont d'abord des troubles sensitifs, des picotements, des fourmillements dans les mains et dans les pieds, puis une sensation de brûlure, des douleurs cuisantes, une grande sensibilité de la plante des pieds et peut-être de toutes les extrémités.

Avec les symptômes sensitifs, apparaît graduellement une faiblesse motrice et dans les mauvais cas une paralysie complète dont souffrent davantage les extrémités inférieures. Dans quelques cas les nerfs de la face et des yeux sont gris et le malade est sur son lit comme un naufragé sans secours. Il y a très rarement des douleurs en ceinture, comme il arrive dans la myélite, ni troubles vésicaux, ni rectaux.

Les muscles s'atrophient peu à peu et ont des réactions de dégénérescence partielle ou totale. Il y a souvent une sensibilité exagérée au toucher surtout sur les points moteurs et le long du trajet des nerfs. Quelquefois, surtout dans les cas alcooliques et diphthéritiques, les symptômes ressemblent à ceux de l'ataxie locomotrice. Il y a abolition des réflexes tendineux et une ataxie très marquée sans grande perte de force musculaire ; ces cas sont connus sous le nom de pseudo-tabès alcooliques ou diphthéritiques. Ils peuvent tromper le médecin s'il n'y prend garde et l'amener à un pronostic et à un diagnostic faux.

Le pronostic dans la névrite multiple est généralement bon. Le malade guérit, quoiqu'il faille souvent longtemps attendre la guérison. Le complet retour à la santé est impossible seulement dans les cas où il y a une trop grande atrophie musculaire.

Les anatomo-pathologistes divisent la névrite en deux classes : la névrite interstitielle et la névrite parenchymateuse. Les deux formes généralement sont plus ou moins mélangées. La forme interstitielle prédomine dans les cas plus localisés dus à l'influence du rhumatisme, à la diphthérie, aux fièvres infectieuses et aux traumatismes. C'est la forme parenchymateuse qu'on trouve dans la névrite multiple que nous venons de décrire. On a remarqué que la névrite parenchymateuse n'atteint souvent que certains segments des nerfs et par suite on l'a appelée névrite segmentée.

La névrite multiple a une durée de plusieurs semaines et la longueur de la convalescence dépend de la gravité du cas et surtout de l'étendue de l'atrophie musculaire. Pour le *traitement*, il y a d'abord peu de choses à faire si ce n'est de calmer les symptômes. Plus tard le traitement électrique, mécanique et tonique est indiqué.

PILLIET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 25 *avril* 1887. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Prix Esquirol. — La Société n'avait à décerner cette année qu'un seul prix, celui d'Esquirol. Après lecture du rapport de M. Charpentier, le président ouvre le pli cacheté contenant le nom du candidat récompensé et proclame lauréat M. Pichon, chef de clinique à Sainte-Anne.

Eloge de Moreau (de Tours). — La fin de la séance est consacrée à la lecture, par M. RITTI secrétaire général, d'un remarquable éloge de Moreau, de Tours.

Le soir un grand banquet réunissait chez Brébant les membres de la Société. — Plusieurs toasts ont été portés aux progrès et à l'avenir de la médecine mentale. M. B.

Séance du 23 *mai* 1887. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Présentation de malades. — M. CHAMBARD présente un homme de vingt-trois ans, ancien alcoolique, débile, mais nullement hystérique, porteur de deux affections cutanées rares et intéressantes: l'une, du domaine de la dermatologie pure, est un érythrasma, dermatose érythémato-squameuse parasitaire, due à la végétation au sein de la couche cornée de l'épiderme du *microsporus minutissimus.* L'autre, plus rare encore, intéresse davantage les neurologistes. Elle est caractérisée par une *urticaire artificielle* dont on peut suivre toutes les phases et qui succède avec la plus grande facilité aux excitations mécaniques de la peau; de sorte que l'on peut voir s'y dessiner, d'abord sous forme de ligne anémique très fugitive, puis sous celle de traînée congestive plus durable, enfin avec un relief considérable, l'empreinte des corps que l'on y a appliqués ou la figure du dessin que l'on trace à sa surface avec un corps mousse quelconque. M. Chambard appelle *neurodermatose stéréographique* cette névrose vaso-motrice, dont on ne connaît que peu d'exemples et qui s'était rencontrée jusqu'ici à peu près exclusivement chez les hystériques.

Paralysie générale avec délire hypochondriaque et attaques hystériformes. — M. CHAMBARD lit ensuite un travail sur un cas de paralysie générale avec délire hypochondriaque et attaques hystériformes chez un homme. L'individu était un héréditaire ; il entrait à Ville-Evrard avec le délire hypochondriaque que M. Baillarger croit propre aux paralytiques, mais sans le moindre trouble apparent de la motilité et présentait pendant son séjour de nombreuses attaques hystériformes. Ce n'est que peu de temps avant sa mort, survenue au bout de cinq semaines par pneumonie, que l'on put constater chez lui un commencement d'eschare dorsale et de l'inégalité pupillaire. A l'autopsie l'on trouva des lésions très manifestes de méningo-encéphalite diffuse : épaississement et adhérences des méninges avec ramollissement cortical aux lieux d'élection, granulations épendymaires, etc.

Ce cas est apporté à l'appui des idées de M. Baillarger, sur la spécificité du délire hypochondriaque des paralytiques et comme un exemple des difficultés du diagnostic, lorsque le délire existe seul et est assez restreint pour empêcher de juger du niveau mental des malades. Le diagnostic de la paralysie générale ne pouvait, dans l'espèce, qu'être soupçonné jusqu'à une époque voisine de la mort, malgré le caractère du délire, l'histoire de l'affection et la coexistence des attaques hystériformes ; l'apparition tardive de l'eschare et l'inégalité pupillaire ont rendu plus probable, mais ce n'est qu'à l'autopsie que cette probabilité devint voisine de la certitude.

M. MAGNAN ne croit pas qu'il y ait certitude de paralysie générale : l'inégalité pupillaire et l'eschare peuvent s'expliquer par la pneumonie ultime. Il n'accepterait, pour sa part, ce diagnostic comme rigoureux que si l'examen microscopique des lésions l'avait confirmé.

M. CHAMBARD regrette de n'avoir pu procéder à cet examen microscopique ; l'observation lui a cependant paru intéressante à rapporter, précisément à cause des difficultés du diagnostic; il ne se dissimule pas d'ailleurs que, considéré isolement, chacun des faits cliniques et anatomo-pathogiques sur lesquels son diagnostic repose n'a qu'une valeur relative. La spécificité du délire hypochondriaque de M. Baillarger a trouvé depuis 1860 beaucoup d'adversaires; l'eschare et le trouble pupillaire peuvent être le fait de la pneumonie et cette affection s'accompagne parfois d'un certain degré de méningite; il estime cependant que la concordance de tous ces faits lui confère, sinon une certitude absolue, du moins une très grande probabilité.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. CHAMBARD de ses intéressantes communications.

Du délire chronique (suite de la discussion). — M. CHRISTIAN. —

Dans les discussions qui viennent de se succéder dans nos séances, sur les *folies héréditaires* d'abord sur le *délire chronique* ensuite, je crois apercevoir une tendance générale à laquelle, pour ma part, je serais heureux d'applaudir sans réserve, si elle me paraissait actuellement réalisable, — celle de grouper d'une façon rationnelle les différentes formes décrites de la folie. — Morel avait déjà fait cet essai. S'il n'a pas réussi, du moins y avait-il dans sa tentative quelque chose de vrai et de fondé, car, depuis lui, ses idées ont été reprises par des observateurs distingués qui n'ont rien négligé pour les faire triompher. Suivant eux, la folie des persécutions ne serait en aucun cas une affection accidentelle, survenant dans le cours de l'existence; ce serait au contraire « un processus tellement net et défini que l'on peut prédire la série des phases successives que va parcourir le délire, depuis le stade initial jusqu'à une terminaison inexorablement la même ». Ce serait, en un mot, comme dans la nature : la fleur succédant au bourgeon, et aboutissant au fruit. De cette façon, le *délire des persécutions*, cette magistrale création de Lasègue, ne serait plus qu'un épisode dans ce que MM. Magnan, Garnier, Briand et beaucoup de nos distingués collègues proposent d'appeler le *délire chronique* : théorie séduisante, mais que je ne saurais accepter sans réserve et à laquelle je vous demande la permission de présenter quelques observations.

M. Christian, passant ensuite en revue les opinions précédemment émises, reconnaît volontiers que le délire des persécutions est toujours précédé d'une période d'incubation hypochondriaque, mais il ne pense pas que le passage de la première période à la seconde soit nécessaire et fatal. De telle façon, qu'en disant que le délire des persécutions succède au délire hypochondriaque, on avance certainement un fait vrai, mais on n'établit pas une loi générale : il reste à dire pourquoi tel hypochondriaque devient un persécuté, tandis que tel autre, en apparence, tout semblable, ne sera jamais qu'un hypochondriaque? La proposition d'après laquelle le délire des persécutions ne serait qu'une étape devant mener au délire ambitieux, paraît aussi beaucoup trop absolue à l'orateur; il a connu un grand nombre de persécutés qui sont restés persécutés toute leur vie et qui jamais, à aucun moment, n'ont présenté d'idées de grandeur. « Ni M. Garnier, ni M. Briand, dit-il, ne veulent admettre ces faits: pour eux, l'apparition du délire ambitieux est fatal; tôt ou tard il doit survenir ; s'il n'y a pas d'idées de grandeur maintenant, il y en aura dans un mois, dans un an, dans dix ans ! Il n'y a qu'à attendre. Mais si d'aventure, le malade meurt après avoir rabâché pendant trente ou quarante ans ses idées de persécution sans avoir eu la moindre bouffée ambitieuse, que devient l'argumentation de nos collègues ? Et que l'on ne croie pas que j'invente des faits pour les besoins de ma cause : il s'agit d'observations qui m'avaient frappé depuis

longtemps, et je les cite d'autant plus volontiers que les malades dont il s'agit sont connus de plusieurs d'entre vous. MM. Foville et Ritti me permettront d'en appeler à leur témoignage. »

M. Christian rapporte ensuite un certain nombre d'observations à l'appui de sa thèse: d'abord celle du capitaine A., qui a tué le Dr Marchand; il n'a jamais été ambitieux; puis celle d'un fonctionnaire poursuivi depuis plusieurs années par une Société secrète (la *Camora*), et qui n'est pas encore mégalomane. Il existe même, selon M. Christian, une catégorie de persécutés chez lesquels on peut affirmer que jamais, à aucun moment, il ne surviendra de délire des grandeurs : ce sont ceux dont le délire repose exclusivement sur des troubles de la sensibilité génitale. Ces malades n'arrivent jamais à la mégalomanie. «Je citerai entre autres, ajoute M. Christian, cet ancien officier de marine qui est resté à Charenton pendant vingt-sept ans, et dont j'ai rapporté l'observation ici même, il y a quelques années, mais à un autre point de vue : ce malade était absolument remarquable par son délire qui s'alimentait presque exclusivement dans de fausses sensations génitales. Jamais il n'a été mégalomaniaque.

Après avoir cité quelques autres observations fort intéressantes, M. Christian, passant en revue les rares aliénés chez lesquels la transformation s'opère, nie que le raisonnement logique soit pour rien dans cette tranformation : elle s'effectuerait plutôt à la suite de troubles sensoriels, illusions et hallucinations. Si l'on considère enfin comme signes caractéristiques de la démence ses deux symptômes fondamentaux qui ne manquent jamais — l'affaiblissement intellectuel et la perte de la mémoire — les persécutés, selon lui, ne deviendraient pas déments par le seul fait de l'évo lution de leur délire.

M. Briand. Je voudrais avant la clôture de la discussion répondre quelques mots à M. Christian : Notre honorable collègue, nous oppose, avec son talent habituel, l'observation d'un certain nombre d'aliénés chez lesquels le délire des persécutions ne se transforme pas en idées ambitieuses; il nous dit notamment que ceux dont le délire repose sur des troubles de la sensibilité génitale ne deviennent jamais mégalomanes. De sorte que cette transformation qui, pour nous, est une règle n'est pour lui qu'une exception. Ces cas choisis ne me semblent pas infirmer notre doctrine dont M. Garnier a fait l'exposition avec clarté. Il nous serait facile de répondre à M. Christian par un choix plus considérable que le sien de délirants chroniques conformes à notre type. Si la discussion s'engage dans cette voie, il faut faire franchement appel à la statistique. Que chacun de nous apporte ici les observations qu'il aura pu recueillir, nous arriverons alors, à l'aide de ces documents, à catégoriser avec exactitude les cas où la transformation est l'exception et ceux, à mon sens beaucoup

plus nombreux, où elle est la règle. La Société pourra alors être appelée à se prononcer avec connaissance complète de cause.

Il est un autre point du discours de M. Christian, auquel je voudrais répondre encore pour l'écarter définitivement du débat Nous ne faisons pas de la déduction logique, comme semble le croire notre savant contradicteur, la cause exclusive de la transformation du délire à chacune de ses étapes. J'ai simplement voulu dire, pour ma part, que ces malades échafaudent si bien leur délire qu'*il semblerait* être, dans certains cas, la conséquence d'une logique mal appliquée. Mais, à côté de ces faits, j'aurais pu vous en citer d'autres bien différents : j'ai observé, dans le service de M. Magnan, un délirant chronique chez lequel les idées ambitieuses étaient survenues à la suite d'une hallucination de l'ouïe : en sortant de chez un marchand de vins, il entendit une voix qui, pour la première fois, le salua du nom de Napoléon. Il se présenta aussitôt dans un poste de police pour demander qu'on l'aidât à monter sur le trône. Le lendemain, il entrait à Sainte-Anne pour la seconde fois : « Vous ne me prendrez plus, disait-il, pour un fou, vous comprenez, comme moi, maintenant le motif de leurs persécutions : ils voulaient m'empêcher de gouverner. » Ce malade était, en outre, atteint d'un eczéma de la lèvre supérieure pour lequel l'épilation avait été jugée nécessaire. On eût toutes les peines du monde à obtenir qu'il s'y soumit : « Un Napoléon, disait-il, doit toujours conserver la moustache. »

M. Doutrebente. En l'absence de M. Foville, dont M. Christian invoque le témoignage, je dois à la vérité de dire que j'ai suivi pendant mon internat à Charenton, l'un des malades qu'il nous cite comme n'ayant pas eu d'idées ambitieuses ; je veux parler de l'officier de marine très célèbre par différentes particularités, d'un délire reposant sur des troubles de la sensibilité génitale. Eh bien, ce même aliéné nous était, dès cette époque, présenté par Calmeil comme un type de mégalomaniaque.

M. Briand insiste pour que la société prenne bonne note de l'opinion de M. Doutrebente qui intervient fort à propos dans la discussion. Il n'est pas toujours commode, ajoute-t-il, de faire avouer par les délirants chroniques leurs idées ambitieuses qu'ils cachent parfois avec grand soin ; elles jurent tellement avec le bons sens, elles ont si souvent attiré des algarades aux malades qu'ils les dissimulent souvent plus volontiers qu'ils ne dissimulent leurs idées de persécutions ; celles-ci reposent sur des faits, à la grande rigueur, possibles sinon vraisemblables et moins susceptibles d'entraîner l'incrédulité et la moquerie de l'entourage. Peut-être trouvera-t-on dans ce fait la cause du petit nombre apparent de délirants chroniques ambitieux.

M. Falret croit, comme M. Briand, que dans une discussion

de ce genre, la statistique a un rôle tout marqué et il demande que la discussion soit continuée.

M. le Président. Le délire chronique continuera à figurer à l'ordre du jour de nos séances. Marcel Briand.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES RUSSES A MOSCOU

(*Suite*[1]).

V. M. Victoroff lit ensuite son travail *Sur l'assistance des alienés dans le département de Moscou.* Dans ce département le nombre d'aliénés était, d'après la statistique de 1886, de 1,662 dont 995 hommes et 667 femmes. La grande majorité de ces malades est abandonnée aux soins de leurs parents, car les hospices de Moscou ne recevant pas les subsides du zemstwo refusent de recevoir des aliénés. Parmi ces abandonnés il y a au moins 300 maniaques violents qui restant en liberté présentent un grand danger pour la sécurité publique. Le rapport constate que le département et la ville de Moscou n'ont pas des moyens pour secourir leurs aliénés. Ainsi l'hospice Preobrajensky a dû refuser en 1885 353 aliénés et pendant les premiers neuf mois de 1886, 207. Il faut remarquer que la plupart de ces aliénés sont originaires du département et de la ville en question. Cette triste situation des aliénés devient encore plus frappante lorsqu'on compare les données statistiques sur le nombre de lits pour les aliénés à Moscou et à Saint-Pétersbourg. La ville de Moscou, dans tous ses hospices d'aliénés y compris les hospices privés et les annexes spéciales des hôpitaux généraux, possède en tout 637 places pour les aliénés, tandis que Saint-Pétersbourg a 1,955 places; autrement parler : à Moscou, il y a 1 lit pour 1,183 personnes; dans le gouvernement de Moscou, avec la capitale, — 1 lit pour 3,241 personnes; à Saint-Pétersbourg, 1 lit pour 441 personnes; dans le gouvernement de Saint-Pétersbourg et la capitale, 1 lit pour 828 personnes[2].

En présence de ces faits, l'auteur conseille au zemstwo du dé-

[1] Voir les *Archives*, t. XIII, n° 38, p. 309.

[2] A Moscou (statistique de 1882), la population est de 753,469 habitants; dans le département de Moscou avec la capitale, 2,070,978; à Saint-Pétersbourg (statistique de 1881), elle monte à 861,303 habitants; dans le gouvernement de Saint-Pétersbourg avec la capitale elle est de 1,618,614.

partement de Moscou, de construire une maison d'aliénés au moins pour 400 lits. Les dépenses qu'exigera cette construction montent à 800,000 roubles (2,000,000 fr.)

VI. Après ce rapport M. Kojevnikoff aborde l'intéressante question d'enseignement clinique des maladies mentales. Sa communication est intitulée ainsi : *Sur la construction des cliniques psychiatriques en général et de celle de Moscou en particulier*. Après avoir indiqué les conditions auxquelles doit satisfaire une clinique universitaire spécialement consacrée à l'enseignement de la pathologie mentale, l'auteur s'arrête sur la clinique de Moscou qui vient d'être construite avec des ressources fournies par une riche propriétaire, Mme Morozoff. Il vaut mieux, dit-il, avoir une petite clinique mais bien appropriée qu'un hospice ordinaire même très grand. Cette clinique doit être en communication intime avec les autres cliniques aussi bien à cause des rapports qui unissent ta pathologie mentale avec les autres branches de la médecine (et surtout avec la neuropathologie), qu'à cause de la facilité qu'on aurait dans ce cas de fréquenter plusieurs cliniques à la fois sans perdre inutilement son temps. Elle doit, en outre, avoir la possibilité de renouveler de temps en temps la population malade, ce qui sera facile à faire en se servant des hospices du département et de la ville. Une annexe spéciale de la clinique doit être réservée pour le placement préliminaire de l'examen des aliénés. Toutes ces conditions sont remplies par la clinique de Moscou. A cette communication M. Kowalewsky (de Kharcow) a fait observer que dans les facultés de province qui n'ont pas de cliniques psychiatriques à part, il faudrait imposer aux hospices civils de donner un certain nombre des salles à la Faculté et dans le cas où l'administration de ces hospices ne voudrait consentir, on pourrait faire intervenir tout simplement le pouvoir du haut gouvernement comme lorsqu'il s'agit, par exemple, d'exproprier un terrain privé pour la construction des chemins de fer, etc.

VII. La communication suivante, appartenant à M. Bajenoff, rend compte *de la nouvelle maison d'aliénés du département de Riazan*. Cette maison est construite sur le type des pavillons séparés. On a adopté ici le système du *patronage familial*, consistant, comme on sait, en ce qu'un certain nombre des malades chroniques sont placés chez les paysans des villages d'alentour avec lesquels ils vivent d'une vie commune en les aidant dans leurs travaux agricoles.

VIII. M. Roubinovitch (de Paris) a envoyé une communication *sur l'assistance des aliénés indigents qui sortent convalescents des établissements publics*. Cette communication, lue par M. le professeur Kowalewsky (de Kharcow), attire l'attention du congrès sur l'existence à Paris, d'un établissement fondé en 1848 par Falret

père, et ayant pour but la protection morale et matérielle des aliénés guéris, mais restés sans moyens d'existence etabandonnés par leurs familles. Après avoir démontré le mode de fonctionnement de cet établissement dont le principe philantropique est plein du sentiment moral, l'auteur conseille au congrès de prendre sur lui l'initiative pour l'institution d'établissements semblables en Russie.

IX. M. Minor traite ensuite l'importante question du *traitement des alcooliques dans les établissements spéciaux*. L'existence en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, d'établissements destinés au traitement des buveurs est pour l'auteur l'indice de la nécessité d'établissements semblables en Russie. Il démontre, et un grand nombre des membres du congrès sont de son avis, qu'une certaine partie d'ivrognes habitués, sont des malades et ont besoin des mesures législatives toutes autres que celles qui existent actuellement.

X. M. Danillo a présenté son rapport *sur l'assistance des aliénés criminels ou prévenus de crime*. Selon l'auteur la différence qui existe entre un aliéné criminel et non criminel est l'effet d'un simple hasard. Au point de vue clinique aucune distinction ne saurait être établie entre ces deux genres d'aliénés, d'où il suit que la séparation ne trouverait pas sa raison d'être. Il faut avoir une section à part pour les malades violents, criminels ou non.

XI. La même question est traitée ensuite par M. Jakovenko dans une communication intitulée ainsi : *Faut-il placer les aliénés criminels avec les autres aliénés ou séparément*? Il arrive à la même conclusion que le rapporteur précédent avec cette seule différence qu'il conseille, en outre, d'instituer, à l'exemple de l'Europe occidentale et de l'Amérique, des maisons spéciales pour les jeunes idiots et épileptiques. Il considère cette institution comme une mesure préventive contre les crimes commis très souvent par ce genre de malades.

XII. M. Korsakoff a parlé de l'*assistance des aliénés chez eux ou par le patronage familial*. Il décrit le fonctionnement du patronage familial à Ilten (Hanovre). Ce système présente, d'après l'auteur, de grands avantages économiques. De plus, il empêche un encombrement outré des maisons d'aliénés. Il sera donc utile, dit M. Korsakoff, d'essayer ce système dans certaines localités russes. Les malades seront placés dans les familles qui habitent tout près de la maison d'aliénés, de façon à ce qu'ils soient continuellement sous la surveillance des médecins. Les aliénés indigents auront droit à une protection particulière de la société et de l'administration. Dans ce but, on imposera au commissaire de police de chaque village l'obligation d'informer le médecin de la circons-

cription de chaque cas nouveau d'aliénation mentale chez un habitant. Si le médecin trouve que le traitement du malade ne pourra se faire dans un milieu de famille, il ordonne son placement dans un établissement spécial, lequel sera obligé de le recevoir. Les frais de transport du malade dans l'établissement tomberont sur la commune (Zemstwo). Le rapport veut défendre aux parents de prendre un aliéné auquel la sortie est encore nuisible; il propose dans ce but, de donner à l'administration le droit de garder les malades autant qu'elle le jugera nécessaire. Quant au paiement pour le traitement, l'administration doit avoir le droit de dispense de cette charge ou de sa réapplication, si les parents pour des intérêts personnels, ne voulaient pas prendre un aliéné qui pourrait parfaitement vivre dans sa famille. L'auteur pense, en effet, que le traitement des aliénés n'impose pas nécessairement leur placement dans les maisons de santé ; il existerait même certaines formes d'aliénation mentale qui exigent un traitement en famille, d'autres pour lesquelles l'hôpital est indispensable. En tout cas, ce n'est pas dans la famille à eux que les aliénés doivent être placés, mais bien dans les familles qui se sont spécialement consacrées à cette sorte d'occupation comme celles des aliénistes ou celles qui se trouvent sous la surveillance directe d'aliénistes. Ce placement devrait se faire librement sans formalités compliquées. Relativement à la législation des aliénés, il y a lieu d'y introduire un certain nombre de modifications qui doivent avoir pour but non seulement de prévenir la possibilité de traiter un homme sain comme un aliéné, mais aussi de mettre à la portée de tous, tous les moyens possibles de traitement et même de les imposer, de veiller à ce que l'aliéné ne soit dangereux ni pour lui-même, ni pour la société, et aussi que sa fortune ne soit pas gaspillée. Pour garantir ces modifications législatives, les règles suivantes devraient être mises en vigueur : *a*) pour la population rurale, l'information au médecin de la circonscription de chaque cas d'aliénation mentale est obligatoire pour les autorités du village; le placement de l'aliéné dans un hospice est aussi obligatoire; *b*) pour les classes aisées, le traitement est obligatoire ou, au moins, est obligatoire la surveillance du médecin sur la régularité du placement du malade; *c*) si le médecin considère tel ou tel traitement du malade comme impropre ou nuisible pour lui ou dangereux pour la société, il en informe l'administration, qui, après avoir vérifié la conclusion du médecin, émet une décision correspondante; et *d*) les conditions d'administration de la fortune d'un aliéné doivent être modifiées par l'introduction d'une *tutelle préliminaire* désignée aussitôt que la maladie sera constatée par le médecin.

XIII. M. Greidenberg a lu son rapport *sur la nécessité de la réorganisation des maisons d'aliénés des zemshwa.* Le rapporteur

a décrit la situation anormale des maisons d'aliénés et des aliénistes devant l'administration hospitalière et le zemstwo. Comme conséquence de la subordination des maisons d'aliénés à l'administration hospitalière, qui ne compte pas dans son sein des médecins spécialistes, résultait une situation détestable des malades, sans parler des aliénistes eux-mêmes qui avaient toujours de quoi se plaindre aussi. C'est pour cela que la situation actuelle de la plupart des maisons d'aliénés a besoin d'une réorganisation complète au point de vue administratif et économique. Il faut tout d'abord que la maison d'aliénés soit tout à fait indépendante et séparée des hôpitaux généraux. Cette condition est absolue ; sans elle toutes les autres réformes n'amélioreront nullement l'état actuel des choses. Cette condition étant remplie, il est nécessaire d'élaborer un type normal d'une maison d'aliénés pour tous les zemstwa auquel ce type serait imposé par le gouvernement impérial. C'est dans l'élaboration de ce type normal que doit consister une des tâches les plus importantes du premier congrès des aliénistes russes. Les débats qu'a provoqués cette communication sont ajournés jusqu'à l'audition du rapport suivant relatif au même sujet.

XIV. C'est le rapport de M. Droznes, *sur la réorganisation des anciennes maisons d'aliénés*. La nécessité de l'indépendance des maisons d'aliénés et des aliénistes est aussi la note dominante de cette communication. Les débats ont été très animés. L'opinion de M. Kowalewky (de Kharcow) mérite particulièrement d'être rapportée. Le grand obstacle au développement régulier des maisons d'aliénés dans les provinces réside le plus souvent dans la personne du médecin principal de l'hôpital. Ce médecin n'est pas spécialiste dans la plupart des cas ; étant cependant investi d'un pouvoir administratif absolu aussi bien sur l'hôpital général que sur son annexe d'aliénés, il est souvent hostile à des propositions émanant des médecins spécialistes attachés au service d'aliénés, propositions dont il n'est pas en mesure de comprendre toute la portée. Ces collisions entre les aliénistes et les médecins administrateurs sont, cela va sans dire, très nuisibles d'une part parce qu'elles immobilisent la situation impossible des maisons d'aliénés; d'autre part, parce qu'elles sont la cause des démissions trop fréquentes des aliénistes qui ne veulent pas se soumettre au despotisme d'un médecin ordinaire. Il faut donc donner une autonomie administrative aussi bien que médicale aux maisons d'aliénés en les séparant des hôpitaux généraux et en leur donnant comme directeurs des spécialistes, — telle est la conclusion de M. Kowalewsky, qu'il proposa au Congrès de soumettre à l'approbation du gouvernement. D'autres opinions encore ont été émises; nous ne y nous arrêterons pas. Qu'il nous suffise de présenter la série de conclusions adoptées par le Congrès et

formulées d'une façon très précise par M. Mierjewesky. Considérant que le traitement et l'assistance des aliénés diffère essentiellement sous beaucoup de rapports du traitement et de l'assistance des malades ordinaires, qu'une maison d'aliénés et son administration ne ressemblent en rien à un hôpital général, que les soins dus aux aliénés, leur nourriture, leurs vêtements, leurs travaux et distractions portent un cachet tout à fait spécial, que pour un traitement approprié des aliénés aussi bien que pour l'administration d'un hospice, il est nécessaire d'avoir des connaissances approfondies des maladies mentales et une expérience pratique qu'on acquiert seulement en travaillant dans les cliniques et les maisons d'aliénés, considérant, en somme, que la question du traitement régulier et de l'assistance des aliénés est mise à l'ordre du jour, de telle façon même que quelques *zemstwa* ont déjà construit des maisons spéciales pour les aliénés, tandis que d'autres se préparent à cette construction ; le premier congrès des aliénistes russes conclut qu'il est absolument nécessaire de transformer les annexes actuelles d'aliénés en maisons d'aliénés tout à fait indépendantes sous les rapports : médical, économique et administratif, de placer à la tête de ces maisons des médecins spécialement préparés, d'établir les rapports de ces maisons avec tous les autres organes administratifs au moyen d'un règlement approuvé par le ministre des affaires intérieures, et de fonder dans la capitale une administration centrale de toutes les maisons d'aliénés.

Une commission a été ensuite nommée pour l'élaboration d'un règlement-type des maisons d'aliénés. Ont été nommés : MM. Kowalewsky, Sikorsky, Greidenberg, Droznes, Fscheschott, Schteinberg, Litvinoff et Maltzeff. (*A suivre.*)

J. Roubinovitch.

BIBLIOGRAPHIE

I. *Les Démoniaques dans l'Art* ; par J.-M. Charcot (de l'Institut), et P. Richer ; avec 67 figures intercalées dans le texte. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1887.

« Nous nous proposons seulement de montrer la place que les accidents extérieurs de la névrose hystérique ont prise dans l'Art, alors qu'ils étaient considérés non point comme une maladie,

mais comme une perversion de l'âme due à la présence du démon et à ses agissements. » Telle est la définition que donnent MM. Charcot et Richer du terme « démoniaques » ; existe-t-il encore réellement à l'heure actuelle des gens qui puissent de bonne foi contester que possession et hystérie soient synonymes? S'il s'en trouvait la lecture de ce livre ne tarderait guère à les convaincre.

En publiant ce volume, MM. Charcot et Richer ne se sont pas bornés à enrichir le domaine commun d'un grand nombre d'œuvres d'art précieuses à plus d'un titre et parfois d'une rareté extrême; ils ont soumis celles-ci à une analyse délicate qui séparant ce qu'avait créé la seule imagination de ce qui était le fruit d'une observation éclairée et quelquefois géniale, leur a permis d'établir la valeur documentaire de ces œuvres diverses. Ils ont ainsi montré d'une façon irréfutable que les prétendues convulsions des démoniaques n'étaient que des attaques hystéro-épileptiques et qu'à ce point de vue les caractères de l'hystérie dans les siècles passés ne différaient en rien de ceux qu'on observe aujourd'hui.

Fig. 3. — *Le Christ délivrant un possédé.* — D'après un ivoire du v[e] siècle. Fragment de la couverture d'un évangéliaire de la bibliothèque de Ravenne.

Les œuvres d'art les plus diverses ont été mises à contribution: peintures, dessins, miniatures, sculptures, gravures, mosaïques, tapisseries, émaux, ivoires, plombs historiés, faïences ont fourni de curieux témoignages. (*Fig.* 3, 4, 5, 6, 7, 8.)

Pour donner une idée de la série des âges embrassés par ces intéressantes recherches, il suffira de noter qu'elles s'étendent du v[e] siècle à la fin du XVIII[e]. L'époque de la Renaissance occupe d'ailleurs dans cette série la place prédominante qui lui est due à tous égards. L'ordre chronologique suivi par MM. Charcot et Richer rend leur livre d'autant plus précieux au point de vue de l'Histoire de l'Art.

Mais malgré l'adoption de l'ordre chronologique les auteurs ont su classer aussi leurs documents suivant certains groupes naturels, et à ce propos il faut signaler tout spécialement ceux qui ont trait : aux *transfigurations* (Stefano de l'école de Giotto, Raphaël, Déodat del Mont, Groupes de Varallo), aux *épidémies dansantes*, à la série des *possédées de Rubens*, aux *Convulsionnaires de Saint-*

Médard. On trouve là réunis et comparés entre eux d'une façon fort ingénieuse de nombreux documents dont l'intérêt devient de la sorte encore plus grand.



Fig. 4. — Possédés guéris par le Christ. D'après un livre de chœur à Sienne.

Quant aux appréciations que formulent MM. Charcot et Richer sur les différentes œuvres soumises à leur analyse, le mieux à

faire est de laisser la parole aux auteurs : « La plupart des possédés créés par l'imagerie religieuse n'offrent guère qu'un intérêt historique et ne sauraient fournir aucun document sérieux

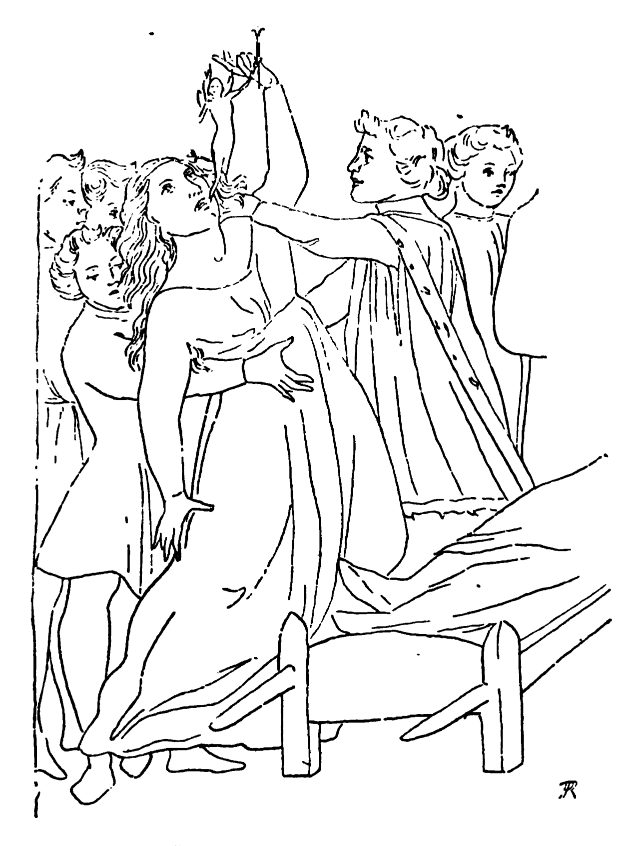


Fig. 5. — *Guérison d'une femme possédée au tombeau d'un saint.* Dessin extrait (d'après une photographie) d'un fragment d'une fresque de Francesco di Giorgio au Palais public. — Sienne.

à l'appui de la thèse de l'ancienneté que nous formulions en commençant.

Il n'en est pas de même pour les œuvres des maîtres de la Renaissance. Certaines d'entre elles, celles du Dominiquin, d'Andre del Sarte, de Rubens, pour ne citer que les plus célèbres, portent avec elles les preuves d'une scrupuleuse observation de la

nature. Nous retrouvons dans la figure du possédé tout un ensemble de caractères et de signes que le hasard seul n'a pu réunir, et des traits si précis que l'imagination ne saurait les avoir inventés. (*Fig.* 9, 10, 11.)

Bien plus, nous pouvons ajouter que du moins dans les cas particuliers dont il s'agit, le modèle dont s'est inspiré le peintre n'était autre qu'un sujet atteint de grande hystérie, et ce n'est pas une des moindres preuves de la perspicacité et de la sincérité de



Fig. 6. — *Saint Philippe de Néri délivrant une possédée.* Groupe dans une fresque de André del Sarte, dans le cloître de l'Annunziata, à Florence.

l'artiste, que ce diagnostic rétrospectif d'une affection nerveuse alors méconnue et attribuée à une cause surnaturelle.

D'autres artistes, il est vrai, parmi lesquels se place Raphaël, ont peint des démoniaques dont les convulsions — nous n'hésitons pas à le déclarer après Charles Bell — ne répondent à rien d'essentiellement réel, ni même de connu.

En parcourant les différentes pièces de notre collection, on peut constater d'une façon générale qu'au fur et à mesure que l'Art, quittant le langage symbolique, se transforme par l'étude détaillée de la nature, la figure du démoniaque dépouille les signes de la convention archaïque ou de la fantaisie personnelle pour revêtir



Fig. 7. — *Danse de Saint-Guy.* Groupe tiré d'une gravure de Hondius, d'après Pierre Breughel



Fig. 8. — *Danse de Saint-Guy.* Groupe tiré d'une gravure de Hondius d'après Breughel.

des caractères puisés dans la réalité et qu'il nous a été facile de reconnaître pour la plupart, comme appartenant à la grande névrose hystérique. »

A la suite de la partie du volume consacrée aux démoniaques proprement dits se trouve le chapitre des *Convulsionnaires de*

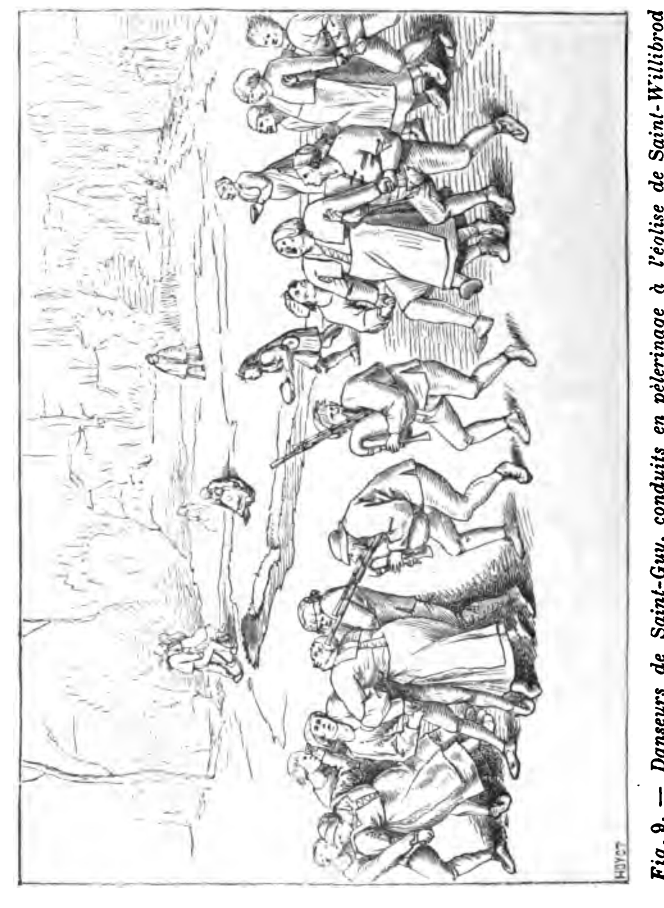


Fig. 9. — Danseurs de Saint-Guy, conduits en pèlerinage à l'église de Saint-Willibrod à Epternach, d'après un dessin de P. Breughel, galerie de l'archiduc Albert, à Vienne.

Saint-Médard qui en quelques pages met le lecteur au courant des principales péripéties de cette singulière épidémie.

Ayant rassemblé tous les éléments nécessaires, les auteurs comparent alors toutes ces descriptions du passé à ce qui se voit actuellement ; en regard des *démoniaques d'autrefois* ils mettent



Fig. 10. — *Sainte Catherine de Sienne délivre une possédée.* Gravure extraite d'une suite relative à la vie de sainte Catherine et exécutée d'après les dessins de Francesco Vanni.

les *démoniaques convulsionnaires d'aujourd'hui*, et étudiant point par point les manifestations qu'on observe chez ceux-ci ils montrent que toutes leurs attitudes, tous leurs mouvements sont bien ceux que présentaient les anciens possédés. Ici, en pleine période contemporaine, ce ne sont plus d'anciennes gravures qui sont mises à contribution pour illustrer le texte, mais les dessins de M. P. Richer; ni au point de vue de l'intensité de l'expression, ni au point



Fig. 11. — *Sainte Catherine de Sienne en extase.* Fragment d'une fresque de Sodoma dans l'église Saint-Dominique, à Sienne.

de vue de la valeur artistique ceux-ci n'ont rien à envier à leurs devanciers, et comme les précédents ce chapitre ne cesse pas de justifier son titre « les Démoniaques dans l'Art ».

Les dernières pages sont consacrées à l'étude de l'*extase*, et non sans raison car ce n'est là qu'une forme de la possession, mais combien différente de celle étudiée auparavant! Tout à l'heure c'était le diable et ses plus hideux démons qui tenaient garnison au dedans du malheureux patient, maintenant c'est la divinité elle-

même qui s'empare de l'homme, qui entre en communion intime avec lui ; mais aussi quels effets opposés : là, convulsions atroces de tous les membres, rictus hideux de la face, ici, au contraire, calme profond, absolu de tout le corps, transfiguration céleste du visage ; là, exorcisme avec ses pratiques les plus sévères et parfois torture, ici vénération, adoration universelles; les extatiques en un mot ne pourraient-ils être définis « les aristocrates de la possession ». A cet égard les auteurs ont donc été bien inspirés en accordant aux extatiques une place parmi « les Démoniaques dans l'Art ».

Au point de vue typographique ce volume fait grand honneur à MM. Delahaye et Lecrosnier; choix du format, beauté du papier et de l'impression, perfection des fac-similés, rien ne laisse à désirer.

Pierre Marie.

SÉNAT

DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS[1].

Suite de la séance du mardi 30 novembre 1886[1].

M. le Président. La parole est à M. Lacombe.

M. Lacombe. Messieurs, je crois qu'il est indispensable de bien préciser les termes de la question posée au Sénat. Je craindrais, en effet, qu'après ce que viennent de dire successivement à la tribune M. le rapporteur et M. le commissaire du Gouvernement, il n'y eût quelque confusion entre les dispositions de l'article 7 et celles de l'article 8 : l'article 7, le seul dont ait parlé M. le rapporteur, l'article 8, le seul ou à peu près dont ait parlé M. le commissaire du Gouvernement. Je crois, du reste, comme le disait tout à l'heure ce dernier, qu'il y a entre ces deux articles un lien tel, qu'il est, non seulement difficile, mais même impossible de discuter l'un sans indiquer tout au moins les dispositions prévues dans le second et sans rechercher quelles sont les modifications qui doivent être apportées à son texte.

Cherchons donc bien à préciser la question. Il y a un aliéné

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*, t. XIII, p. 135, 258 et 439.

dans une famille ; cet aliéné n'est pas placé dans un établissement public, ni dans un établissement faisant fonction d'établissement public. Plusieurs hypothèses sont encore possibles; elles sont tour à tour prévues par les divers paragraphes des articles 7 et 8. Je vais aussi les examiner successivement. Il peut se faire que l'état d'aliénation soit tel que le malade soit tranquille et facile à soigner ; qu'il n'y ait pas de coercition à exercer vis-à-vis de lui, suivant l'expression qui était employée à la dernière séance par l'honorable M. Delsol au nom de la commission. Il n'y aura donc pas dans ce cas de séquestration dans le sens qu'indiquait M. le commissaire du Gouvernement, lorsqu'il signalait la séquestration comme le grand danger à l'encontre duquel le Gouvernement voulait se prémunir par la rédaction proposée. Voilà donc une première distinction : d'une part, le cas où il y a séquestration; d'autre part, le cas où cette mesure n'est pas rendue nécessaire par l'état du malade. Mais il y a d'autres considérations à peser et il faut encore faire une sous-distinction suivant la manière dont se fera le traitement.

En restant donc toujours dans l'hypothèse où le malade est soigné par un de ses proches parents — sauf à discuter plus tard sur le degré de parenté auquel notre énumération devra s'arrêter — nous distinguerons avec la commission le cas où il vivra dans le domicile de ce proche parent qui lui donne personnellement des soins, ce sont les termes mêmes employés par la commission, et le cas où il sera soigné dans toute autre condition, par exemple, dans un domicile distinct ou par l'intermédiaire d'un tiers. Telles sont les diverses suppositions en présence desquelles la commission s'est placée. Quelles sont les solutions proposées par la commission pour chacun de ces divers cas?

Dans le premier, c'est-à-dire si l'aliéné est tranquille et qu'il n'y ait pas de séquestration; s'il est, en outre, traité dans sa famille par son père ou l'un de ses ascendants ou descendants, son conjoint ou son tuteur, son frère ou sa sœur ; si, enfin, ce parent rapproché a avec le malade un domicile commun, et lui donne personnellement ses soins; dans ce cas, dis-je, il n'y a rien dans la loi : pas de nécessité de déclaration, pas de surveillance de l'autorité publique; la situation reste dans le projet ce qu'elle est aujourd'hui.

Mais si c'est la seconde hypothèse, ce malade tranquille et pour lequel il n'est pas question de séquestration est soigné dans d'autres conditions; si, par exemple, il l'est, même par son père et par sa mère, dans une maison spéciale au lieu de l'être dans leur propre domicile, une déclaration est exigée et doit être faite, d'après le projet de la commission, dans le mois, au procureur de la République de l'arrondissement. Et il ne faut pas croire que cette déclaration soit une vaine formalité !... A partir du moment

où elle est faite, la maison où l'aliéné est soigné — même seul, même, ainsi que je le dirai tout à l'heure, par le père de famille ou par son préposé sous sa surveillance et sa responsabilité, — cette maison est assujettie à tous les règlements, à toute les visites de médecins, de magistrats, de fonctionnaires de l'ordre administratif, tout comme s'il s'agissait d'un asile public d'aliénés ou d'un asile privé faisant fonction d'asile public. Voilà, messieurs, ce que la commission a proposé dans l'article 7.

Puis, arrive enfin le troisième cas, celui où l'état du malade oblige de le tenir enfermé, celui que l'on appelait tout à l'heure le cas de séquestration. Dans cette hypothèse prévue à l'article 8 du projet de loi, que le malade soit soigné par ses plus proches parents ou par des étrangers, qu'il reste dans la maison paternelle ou qu'il soit en dehors, que ce soit le père lui-même, si on le veut, qui lui prodigue personnellement ses soins, il importe peu : à partir du jour où la nécessité de la séquestration a duré plus de trois mois, il doit être fait une déclaration au procureur de la République, et alors, messieurs, ainsi que j'aurai l'occasion de l'expliquer tout à l'heure au Sénat, nous nous trouvons soumis à l'arbitraire absolu de ce magistrat, qui peut réglementer, comme il l'entend et sans contrôle, les mesures de surveillance qui doivent être appliquées. Voilà, dans les trois hypothèses successives, le système adopté par la commission.

Je conviens, messieurs, que l'idée qui a présidé à la rédaction des articles 7 et 8 met en présence deux grands intérêts : d'un côté, l'intérêt social, la mission de surveillance et le devoir, que je reconnais parfaitement incomber à l'Etat, de protéger le faible, celui qui ne peut pas se défendre. De l'autre, un intérêt aussi considérable, l'intérêt de la famille, un devoir aussi impérieux et un droit aussi respectable, celui qu'a le père ou le chef de la famille de surveiller ses proches lorsqu'ils sont malades, même lorsqu'ils sont atteints d'aliénation mentale, de leur assurer des soins efficaces et de présider à leur traitement.

Je conviens que la conciliation entre ces deux intérêts peut présenter des difficultés sérieuses; je reconnais qu'on peut hésiter beaucoup, et je vous avoue que ce n'est pas sans de grandes hésitations que, moi-même, j'ai cru devoir prendre parti et dire : La mission de surveillance de l'Etat doit s'exercer jusqu'à tel point, et le droit de la famille doit être respecté jusqu'à telle limite. Ce n'est qu'après une étude très sérieuse du rapport si complet de l'honorable M. Théophile Roussel et de ses intéressantes annexes que j'ai cru pouvoir me faire une opinion sur ces divers points, opinion qui a abouti à la rédaction des amendements que j'ai eu l'honneur de présenter sur les articles 7 et 8.

Je vous demande maintenant la permission de vous faire connaître dans quelle mesure j'ai cru devoir proposer des modifications

au projet de la commission. D'abord pour le premier cas, c'est-à-dire pour les malades tranquilles, qu'ils soient ou non soignés par leurs plus proches parents et au sein de leur famille, le Sénat se trouve en présence d'un premier système, mais qui n'émane pas de moi : celui qui a été exposé tout à l'heure à la tribune par l'honorable M. Roger-Marvaise. Je crois que ce système serait aussi la conséquence logique des considérations présentées par M. le commissaire du Gouvernement.

On pourrait peut-être dire en sa faveur que du moment qu'il n'y a pas de séquestration, qu'il n'y a pas de fait extérieur saisissable et alors qu'il n'y a pas non plus d'atteinte portée à la liberté individuelle, il est inutile que l'État intervienne. S'il n'y a pas de séquestration, son rôle est de se tenir à l'écart et son devoir ne l'oblige nullement à interposer sa surveillance ou son autorité. La conséquence de l'adoption de ce système serait le rejet de l'article 7 et le remaniement de l'article 8, et alors nous ne resterions plus en présence que des cas de séquestration.

Malgré l'importance incontestable de ces observations, je n'ai pas cru devoir aller jusque-là et, déférant aux considérations nombreuses qui ont été invoquées dans le rapport de la commission, j'ai admis que, même dans le cas où il n'y a pas de séquestration proprement dite, même dans le cas où on se trouve en présence d'un aliéné tranquille...

M. LE RAPPORTEUR. En traitement ! Le mot employé par la commisssion, c'est « l'aliéné traité ». Le traitement ne se fait pas dans la maison sans qu'on exerce une certaine action sur l'aliéné pour sa sûreté même, on ne peut pas le traiter sans cela !

C'est pour cela que l'on a pas mis : « en séquestration », ni « retenu par contrainte », mais « en traitement ».

M. LACOMBE. Je sais très bien que l'article 7 ne prévoit pas le cas de coercition ; je viens de dire, au contraire, qu'il s'applique au cas où il n'y pas de séquestration, mais seulement au cas où le malade est traité dans des conditions ordinaires pour cause de maladie.

Mais vous m'accorderez bien que, si on le traite, c'est dans son intérêt ; c'est une circonstance favorable que je pourrais relever que celle du traitement, et il n'entrera pas sans doute dans les idées de la commission de considérer d'un œil moins favorable la famille qui fait traiter son malade que celle qui le laisse sans soins !

Je disais donc que, lorsqu'un aliéné est ainsi traité, les considérations d'ordre social invoquées par M. le rapporteur m'avaient fait admettre dans certains cas une certaine surveillance. Mais je n'ai pas consenti à en étendre les limites aussi loin que la commission. La commission dit : Nous nous abstiendrons de surveillance

dans le cas seulement où le père, la mère, le tuteur, le conjoint, le frère ou la sœur habitant dans le même domicile que l'aliéné lui donneront personnellement leurs soins. Eh bien, je dis qu'il y a là une exagération des précautions à prendre. Il y a notamment un cas qui n'a pas été prévu et qui se présentera cependant très fréquemment, celui où, malgré la diversité des domiciles, les soins personnels de la famille ne feront pas défaut à l'aliéné.

Je combats donc d'abord l'article de la commission, en ce qu'il exige la coexistence des deux conditions en ce qu'il impose la nécessité silmutanée de la cohabitation et de la personnalité des soins. En effet, si le proche parent qui a la charge du malade habite le même domicile que lui, c'est bien évidemment qu'il ne se désintéresse pas du traitement qu'on donne à ce malade avec lequel il cohabite. Et, d'un autre côté, il est très possible, il peut même être très fréquent, avec une maladie telle que l'aliénation mentale, que celui qui soigne le malade, mais qui n'est peut-être pas libre de toutes ses actions, ne puisse pas, dans l'intérêt même des autres membres de sa famille, demeurer avec l'aliéné; qu'il ne puisse pas, sans s'exposer aux plus graves inconvénients, avoir le même domicile que lui. Il peut alors lui faire construire un pavillon, comme on le disait tout à l'heure, en citant un passage du rapport de M. le docteur Blanche, ou bien le mettre dans une maison à côté de lui, dans la même rue ou dans le voisinage, ou encore lui faire donner des soins par une personne de confiance qu'il ira d'ailleurs surveiller fréquemment et dont il contrôlera la fidélité à l'exécution de ses ordres.

Et vous voulez que, si un père de famille fait soigner son enfant à côté de lui, dans une maison voisine, dans une rue rapprochée, s'il préside réellement aux soins qui lui sont donnés, par cela seul qu'il ne les lui donne pas chez lui et dans son propre domicile, et alors d'ailleurs, ne l'oublions pas, qu'il n'y a pas séquestration, vous voulez, dis-je, établir une surveillance qui sera la même que celle à laquelle sont soumis les asiles publics d'aliénés, c'est-à-dire une surveillance qui s'exercera par des visites très fréquentes des membres de la commission permanente, ou par celles des divers magistrats de l'ordre administratif ou judiciaire que vous autorisez ou que vous obligez à se présenter à des intervalles rapprochés dans ces établissements? Je ne le crois pas possible. Pour moi, messieurs, toutes les fois que le malade sera traité sous la surveillance et sous l'autorité du père de famille ou d'un proche parent en qui vous devez avoir confiance, et que d'un autre côté il n'y aura pas de séquestration, je vous dirai : Laissez le père de famille accomplir sa tâche, ne le soumettez pas ainsi à une surveillance que je trouve exagérée et respectez en lui les droits de famille.

Voilà pourquoi, sur l'article 7, l'amendement que j'ai proposé tend à substituer à la commission la rédaction suivante : « à

moins que l'un des parents — je discuterai tout à l'heure le degré de parenté — « n'ait son domicile dans la même maison que le malade « ou » ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés... » Et pour éviter toute équivoque sur cette expression : « préside personnellement aux soins », j'ajoute encore ceci : « soit d'ailleurs qu'il lui donne lui-même ses soins, soit qu'il les fasse donner par un tiers sous sa surveillance et sa responsabilité. » En un mot, ce que je veux, c'est que si un père de famille, je suppose, fait soigner son enfant par une personne qui a sa confiance s'il surveille personnellement, et s'il assume sur lui-même la responsabilité des soins qui lui sont donnés; je veux qu'à celui-là vous n'imposiez pas la surveillance exagérée, à mon avis, qui n'est édictée qu'en vue des établissements publics d'aliénés. (Vive approbation sur tous les bancs.)

Il y a maintenant une question que j'ai provisoirement laissée de côté et que je dois aborder. Jusqu'à quel degré de parenté irons-nous dans cette dispense des règles générales de surveillance édictées par la commission?

La commission s'arrête au degré de frère et de sœur; le projet primitif du Gouvernement s'arrêtait à un degré plus éloigné, au quatrième degré, c'est-à-dire au degré de cousin germain ; l'honorable M. Roger-Marvaise, dans son amendement, va encore plus loin : il va jusqu'au huitième degré. Dans ma proposition j'ai cru devoir reprendre le degré de parenté admis par le projet primitif du Gouvernement, c'est-à-dire le quatrième degré.

Dans les explications que j'ai données à la commission lorsqu'elle m'a fait l'honneur de m'appeler dans son sein, j'ai même admis que je pouvais abandonner certains parents du troisième et du quatrième degré. Je conviens qu'un cousin germain peut ne pas vous présenter toutes les garanties désirables; mais au moins faudrait-il à mes yeux, dans tous les cas, assimiler au père de famille les collatéraux de la branche ascendante, les oncles, les tantes, les grands-oncles, les grand'-tantes. Je ferais ainsi abandon du privilège de la parenté pour les neveux, les petits-neveux, les cousins germains, les autres cousins à un degré intermédiaire.

Pourquoi cela? Parce que, ainsi qu'on l'a dit bien souvent, dans les familles, l'affection descend et ne remonte guère. Nous pouvons être à peu près certains de l'affection des membres de la branche ascendante de la famille pour la génération qui vient après elle, tandis qu'il ne serait pas toujours vrai de dire que les neveux ont pour leurs oncles, et les cousins pour leurs cousins, un degré d'affection susceptible d'équivaloir aux garanties que la commission a entendu se réserver. Voilà pourquoi je me rallie au projet primitif du Gouvernement, qui restreignait la parenté dans les cas de l'article 7 aux collatéraux du quatrième degré, en acceptant même une nouvelle restriction, celle qui limite la dispense

des oncles, aux tantes, aux grands-oncles et grand'tantes parmi les collatéraux du troisième et du quatrième degré.

J'arrive enfin, messieurs, à la dernière hypothèse, celle où, par suite de la gravité de l'affection mentale, la séquestration devient nécessaire. Alors je comprends que l'on soit plus exigeant et que l'on ne pousse pas aussi loin la dispense de surveillance qu'on l'a fait pour le cas précédent, cela soit au point de vue des formalités à remplir, soit au point de vue de la parenté appelée à profiter d'une faveur exceptionnelle.

Dans le cas de séquestration, j'admets que l'on exige une déclaration à faire au procureur de la République toutes les fois que le malade ne se trouve pas confié aux soins de ses parents les plus proches. Ici, je ne ferai d'exception que pour les ascendants et descendants, pour l'époux et l'épouse ; pour tous les autres, je laisserai subsister cette obligation d'une déclaration à faire au magistrat du parquet.

La raison en est, comme le disait très justement l'honorable M. Roger-Marvaise, qu'ici il y a un fait patent et saisissable : celui de la séquestration; il y a une atteinte à la liberté individuelle justifiée, il est vrai par l'état mental du malade. Je comprends que dans ce cas, vous demandiez une déclaration ; je comprends encore que vous en imposiez l'obligation à un parent d'un degré plus rapproché, que lorsqu'il s'agissait des simples soins à donner à un aliéné tranquille. Mais faudrait-il aller plus loin et dire, comme la commission, que lorsque le procureur de la République aura reçu cet avertissement il restera absolument libre de prendre toutes les mesures de surveillance qu'il lui conviendra? Je ne crois pas qu'on puisse aller jusque-là, et je ne pense pas que le Sénat approuve en ce point le projet de la commission ainsi conçu :

« Le procureur de la République, après avoir transmis ces pièces au secrétariat de la commission permanente des aliénés et pris l'avis de cette commission peut, tant qu'il n'aura pas jugé nécessaire de recourir aux moyens de surveillance établis par la présente loi, décider, etc. »

J'admets, sans doute, le droit de surveillance du procureur de la République ; j'admets même que ce droit de surveillance se manifeste par la nécessité de certificats périodiques de médecins, certificats qui, d'après la commission, devraient être remis à des intervalles déterminés ne pouvant pas excéder trois mois. C'est même là, à mes yeux, une prescription d'une rigueur excessive; quant à moi, il me paraîtrait bien suffisant d'en fournir un tous les trois mois. C'est, du reste, un point sur lequel je pourrai revenir lorsque j'arriverai à discuter spécialement l'article 8, et je pourrai alors insister utilement sur cette prescription. Mais si le procureur de la République croit nécessaire d'arriver à une surveillance plus

effective, lui suffira-t-il de dire : Je prends sur moi de prescrire telle ou telle mesure de surveillance?

Il ne devrait pas en être ainsi. D'après notre législation, le procureur de la République, magistrat du ministère public, a un pouvoir d'action ou de réquisition ; il n'a pas un pouvoir de décision; et puisque la commission est arrivée à remettre — on ne peut que l'en féliciter — la surveillance des aliénés et les garanties d'ordre public qui peuvent sembler nécessaires, aux décisions des tribunaux, je ne vois qu'une combinaison admissible, c'est la suivante ; si le procureur de la République, sur les renseignements qui lui seront donnés, sur les certificats qui seront produits, sur les enquêtes qu'il pourra faire officieusement, estime que d'autres garanties sont nécessaires, il les fera ordonner par le tribunal. Telle est la seule conciliation possible à mes yeux, entre les droits de la famille d'un côté, et les droits ou les intérêts de la société de l'autre.

Voilà donc, messieurs, l'importance des amendements que je soumets au Sénat. Je lui demande en premier lieu d'étendre le cercle de la famille un peu plus loin que ne le fait la commission; je lui demande encore d'admettre que toutes les fois que ce sera un membre rapproché de la famille qui soignera un malade par lui-même ou qui le fera soigner sous sa direction, sous sa surveillance et sous sa responsabilité, il y aura dispense de surveillance et de déclaration, si toutefois il n'y a pas séquestration ; et enfin, au cas où la séquestration est indispensable je demande que tout au moins on respecte le droit le plus naturel, le droit du père de famille.

L'amour paternel ne peut pas être suspecté ; c'est un amour qui survivra certainement, quoiqu'en ait dit M. le rapporteur tout à l'heure, à cette maladie redoutable de l'aliénation mentale, à toutes ses tristes conséquences : il sera toujours, par son dévouement à la hauteur des circonstances. Je crois donc qu'il faut tenir un grand compte de ce lien de famille, le considérer comme garantissant d'une manière suffisante que le malade recevra tous les soins nécessaires, à plus forte raison qu'il n'aura pas à subir les mauvais traitements que l'on paraît redouter pour lui.

Je sais bien qu'on fait une grave objection : on nous oppose les abus qui ont eu lieu, paraît-il, et dont nous entretient le rapport. Ces abus, nous dit-on, où se commettent-ils ? Ce n'est pas dans les hospices privés ou publics d'aliénés, c'est bien plus souvent dans les familles. Je ne viens pas contester ce point ; je veux aller avec la commission jusqu'à admettre cette constatation comme certaine. Je dirai tout au moins une chose : c'est que, d'une manière très générale, si l'on a pu justement faire de semblables reproches à des collatéraux avides et dépourvus d'affection, ce n'est pas aux parents vis-à-vis de leurs enfants qu'on peut jus-

tement les étendre. Sans doute, la nature nous donne parfois le spectacle de quelques monstruosités, de quelques difformités physiques ou morales : mais ce n'est pas en vue des exceptions qui peuvent se présenter à de rares intervalles que le législateur fait la loi, c'est pour la généralité des cas.

Prenez garde : en développant ainsi outre mesure selon moi, le droit de l'Etat, en l'introduisant comme un surveillant jaloux, même au sein de la famille, vous vous engagez dans une voie redoutable où la logique peut vous mener fort loin. Vous dites que vous voulez surveiller les aliénés d'une manière spéciale, parce qu'ils sont faibles, qu'ils ne peuvent pas se défendre, et que c'est au sein de leur famille qu'ils ont le plus de chance d'être maltraités.

Mais ce que vous dites de l'aliéné, ne pourriez-vous pas le dire de l'enfant ? Lui aussi est faible ; lui aussi est incapable de se défendre. Or, ce n'est pas dans les établissements publics que fréquentent les enfants qu'ils sont parfois maltraités ; s'ils le sont, et on ne peut constester que le fait ne se produise quelquefois, notamment au cas de convoi de l'un des conjoints survivants, — vous pouvez dire aussi que c'est dans votre propre famille. Eh bien, alors, qu'est-ce que vous ferez ? Ferez-vous plus que d'établir une répression pour les faits délectueux ou criminels dont la preuve aura été rapportée ? Irez-vous jusqu'au point où vous allez dans la loi actuelle ?

Etablirez-vous, non plus seulement une répression pénale, mais un système préventif? car, remarquez-le bien, c'est là le but ou tout au moins le résultat de vos articles 7 et 8 ; vous redoutez que les mauvais traitements se produisent, qu'un délit soit commis, et vous voulez essayer de les arrêter en édictant un régime préventifs. Mais cette tendance est absolument contraire aux principes mêmes de notre droit. Depuis déjà bien longtemps, on a renoncé au système préventif et on se borne à attendre qu'un délit ou un crime ait été commis pour en assurer la répression.

En matière politique même, n'est-il pas vrai qu'on n'a considéré la liberté comme acquise qu'à partir du jour où l'on a renoncé au régime préventif ; que l'on a poursuivi sans relâche l'abrogation de toutes les lois qui disaient aussi : Nous voulons empêcher tel crime ou tel délit, et en prévenir la possibilité par telle ou telle mesure préalable ? Eh bien, si nous avons gagné quelque terrain du côté de la liberté politique, faut-il le perdre du côté de la liberté civile ? Et ce régime préventif, si vous en rejetez l'application aux crimes et aux délits politiques, n'y a-t-il pas de plus grandes raisons encore pour ne pas l'introduire dans la vie privée du citoyen.

Si vous édictez de pareilles mesures vis-à-vis de l'aliéné, il n'y aura aucune espèce de raison pour ne pas la faire vis-à-vis d'un

être aussi faible que lui, aussi incapable de se défendre que lui, vis-à-vis de l'enfant, et vous devez sous peine de faire banqueroute à la logique établir aussi au système préventif pour la protection de l'enfant dans la famille aussi bien que pour celle de l'aliéné.

Je ne crois pas que le Sénat veuille aller jusque-là. J'admets que lorsqu'il s'agit de parents peu rapprochés vous ayez recours à certaines garanties; que lorsqu'il y a séquestration pendant trois mois; que quand un fait aussi grave qu'une atteinte à la liberté individuelle vient à se produire, vous interveniez avec plus de soin encore et que vous imposiez une plus sérieuse surveillance ; mais je n'admettrai pas cette intervention illimitée de l'Etat dans la famille et surtout dans la famille la plus rapprochée. N'avez-vous pas remarqué, de plus, — et c'est la dernière considération que je veuille invoquer devant vous — que vous demandez au père de famille une déclaration bien pénible pour lui et de nature parfois à produire des résultats bien fâcheux?

En effet, je ne veux que signaler à nouveau, sans m'y appesantir comme je le pourrais, cette considération qui a déjà été émise dans ce débat. L'on sait combien il est douloureux de venir déclarer que l'un de ses parents est atteint d'aliénation mentale. Vous aurez beau inscrire cette obligation dans la loi, je doute qu'elle soit observée; elle aura les mœurs contre elle, et les mœurs, on l'a proclamé souvent, sont plus puissantes que les lois. Je crois que vous vous heurterez à un sentiment que vous serez les premiers à trouver profondément irrespectable. N'édictez donc pas des dispositions dont vous n'oseriez pas imposer l'obligation et qui, ou bien resteraient lettre morte si, comme cela m'a semblé ressortir des dernières explications de M. le rapporteur, la sanction prévue par la loi ne s'y applique pas, ou qui entraîneraient des peines exorbitantes si, en se tenant au texte du projet de la commission, on devait voir appliquer en pareil cas l'article 67.

Vous vous trouveriez dans cette situation qu'un père de famille qui donnerait tous les soins possibles à l'un de ses fils ou à l'une de ses filles aliénés, après même s'être entouré des médecins les plus propres à l'éclairer sur le traitement à suivre ; que ce père de famille, après avoir donné de pareilles preuves de son affection et de son dévouement, par cela seul qu'il n'aura pas livré aux quatre vents de la publicité le malheur qui l'a frappé, l'aliénation mentale de son fils ou de sa fille, serait déclaré coupable d'un délit correctionnel et passible d'amende et de prison !

Je ne sais pas si vous trouveriez un tribunal pour appliquer, en un cas pareil, une pénalité aussi exorbitante. Mais, au surplus, vous ne pourriez le faire sans vous mettre en contradiction avec les mœurs, et le sentiment public vous empêcherait d'exiger l'application de la loi que vous auriez édictée. Je crois, messieurs, en avoir assez dit pour justifier les amendements que j'ai eu l'hon-

neur de déposer, et je vous demande de les sanctionner par un vote favorable. (Approbation sur plusieurs bancs.)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. Je demande à faire une observation en réponse aux dernières paroles de l'honorable M. Lacombe. A propos des pénalités, il disait que la commission n'avait pas osé aller jusque-là ; il n'avait pas bien compris ce que j'ai voulu dire. La commission n'a pas cru qu'il fallait édicter une pénalité particulière pour un cas particulier ; mais elle n'a pas non plus entendu soustraire la personne qui garderait un aliéné dans sa maison aux pénalités générales qui sont édictées par l'article 67 dont je vais donner lecture. Il y est dit : « Les contraventions aux dispositions des articles 7, 8, 16, » etc. Il me suffit de lire ces premiers mots où l'article 7 est visé pour faire comprendre que le procureur de la République, dans le cas où un fait lui paraîtrait délictueux ou coupable, pourrait demander l'application de l'article 67

La commission, dans sa rédaction, se borne à dire qu'en dehors de l'hypothèse d'un délit auquel l'article 67 serait applicable, il pourrait y avoir lieu à prendre des mesures dans l'intérêt de l'aliéné. La commission avait pensé — et cela résulte de l'ensemble de son travail — que le procureur de la République qui, après la déclaration faite, a en quelque sorte la responsabilité de la surveillance du malade, pourrait provoquer le placement d'office de ce malade s'il lui paraissait être dans des conditions où il ne recevrait pas tous les soins nécessaires. Voilà ce que je voulais dire tout à l'heure ; mais je n'ai pas dit que la commission n'avait pas osé établir de pénalités. Elle n'a pas établi de pénalités particulières, elle s'est tenue aux pénalités générales, qui sont édictées dans l'article 67.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Roger-Marvaise.

M. ROGER-MARVAISE. Messieurs, je voudrais répondre quelques mots aux observations qui ont été présentées au Sénat par M. le commissaire du Gouvernement. M. le commissaire du Gouvernement a nettement précisé la question que soulève l'article 7 en ce moment en discussion. Il s'agit, a-t-il dit, de prévenir la séquestration. On vous propose ce texte : « Est assimilée, sur le rapport de la commission de surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul. »

Cette disposition, suivant moi, n'est pas complète parce qu'elle peut donner lieu à l'arbitraire. Il est impossible, en effet, de définir d'une manière exacte ce que l'on entend par un « aliéné est traité ». Où commence le traitement ? Cela est absolument impossible à déterminer d'une manière précise. (Très bien ! à gauche.)

Aussi, lorsqu'il s'est agi de l'aliéné qui reste dans la famille, le projet s'est-il attaché à un fait, à un fait certain, à un fait patent ; et il décide que l'aliéné qui est traité au sein de la famille doit être l'objet d'une certaine surveillance de la part de l'administration, mais seulement lorsqu'il doit être séquestré, c'est-à-dire lorsque la nécessité de le tenir enfermé est démontrée. C'est la mention de cette nécessité que je demande au Sénat, afin d'empêcher toute espèce d'arbitraire, de vouloir bien introduire dans le paragraphe 1er où il s'agit des aliénés traités dans une maison autre que la maison paternelle. Je propose purement et simplement d'ajouter ces mots : « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité avec nécessité de le tenir enfermé. » De cette manière, vous définissez, autant qu'il est possible de le faire, l'objet de la protection que vous voulez exercer. Vous dites alors que cette protection s'applique à l'aliéné réellement atteint d'aliénation mentale puisqu'il doit être tenu enfermé.

Du reste, messieurs, je ne touche pas au surplus de l'article 7, et je maintiens les autres garanties qui y sont édictées. C'est pour cela que je conserve ce second paragraphe : « Nul ne peut soigner un aliéné dans les conditions prévues au paragraphe précédent », — c'est-à-dire avec nécessité de le tenir enfermé, « sans qu'il en soit fait la déclaration, dans le délai d'un mois à partir de la mise en traitement de la personne malade, au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de cette personne. » Je conserve donc toutes les garanties de la commission ; seulement, je prie le Sénat de vouloir bien ajouter ces mots : « ... avec nécessité de le tenir enfermé », parce qu'il apportera dans la loi une précision qui doit empêcher tout arbitraire. (Très bien sur plusieurs bancs.)

M. Baragnon. Qui est-ce qui déclarera cette nécessité?

M. le Ministre de l'intérieur. Messieurs, la question soumise à l'heure actuelle au Sénat a une gravité particulière : il s'agit d'une des modifications les plus considérables proposées à la loi de 1838 par la commission. Cette loi n'avait prévu, édicté aucune mesure de protection ni pour la personne, ni pour les biens de l'aliéné traité dans sa famille ou traité à domicile par un étranger. Eh bien, il a été constaté depuis que la loi de 1838 est pratiquée, que des abus nombreux se sont produits en ce qui touche les aliénés de cette catégorie.

M. de Gavardie. On n'a jamais cité de faits.

M. le Ministre de l'intérieur. Le gouvernement et la commission vous demandent de combler cette lacune de la loi de 1838. L'honorable M. Roger-Marvaise et l'honorable M. Lacombe sont venus combattre la disposition proposée. Mais il y a une différence con-

sidérable entre la doctrine qui a été soutenue tout à l'heure par M. Roger-Marvaise et celle qu'a apportée à cette tribune M. Lacombe. Sur la question de principe posée par l'article 7 décidant qu'il y a lieu d'étendre la protection de l'Etat à l'aliéné traité dans sa famille ou à domicile, nous sommes d'accord avec l'honorable M. Lacombe, puisqu'il a reconnu que la surveillance de l'Etat doit être établie; nous ne sommes séparés de lui que sur le point de savoir dans quelle mesure cette surveillance doit s'exercer.

Il n'en est pas de même pour l'honorable M. Roger-Marvaise, qui, lui, semble n'admettre en aucune manière l'intervention et la surveillance de l'Etat. Si je ne me trompe et si je résume bien son opinion, il a dit : Toutes les fois qu'un aliéné sera traité dans sa famille ou qu'il sera traité à domicile, même par un étranger, s'il n'est pas séquestré, la loi n'a pas à intervenir. L'Etat doit s'abstenir, et le Sénat n'a point à s'occuper de ces aliénés. S'il en est ainsi et si vous partagez ce sentiment, il faut maintenir purement et simplement la loi de 1838, car l'honorable M. Roger-Marvaise ne vous demande pas autre chose. Il n'admet en effet l'action et la surveillance de l'Etat que lorsqu'il y aura séquestration, séquestration arbitraire, c'est-à-dire dans le cas prévu par le code pénal.

Messieurs, je ne puis pas, en ce qui me concerne, accepter la doctrine de M. Roger-Marvaise. Je crois que la protection de l'Etat doit s'étendre sur les aliénés soignés dans leur famille ou chez un étranger. Les articles 7 et 8, ainsi que l'a très bien expliqué tout à l'heure l'honorable M. Lacombe, visent deux cas parfaitement distincts. Pour l'application de l'article 8 il faut qu'il y ait séquestration; l'article 7, au contraire, s'occupe de l'aliéné non séquestré qui est traité dans son domicile par ses parents à un degré rapproché, et dans ce cas, l'Etat n'intervient pas et nous admettons qu'il ne doit pas intervenir.

Je pense, en effet, que lorsqu'un aliéné reste confié aux soins de son père ou de ses enfants, de son conjoint, ou de ses frères et sœurs, les liens de la famille sont assez puissants pour offrir des garanties sérieuses et acceptables. Mais si, au contraire, l'aliéné est gardé par des collatéraux ou par des étrangers, je soutiens pour ma part qu'à côté des droits de la famille vient se placer le devoir de l'Etat. Le devoir de l'Etat est de protéger et de défendre tous ceux qui sont incapables de se protéger eux-mêmes. (Très bien! très bien! sur divers bancs.) Voilà, messieurs, le principe de la loi. Voilà la pensée qui a inspiré la disposition que nous vous demandons d'adopter.

Est-ce que nous portons atteinte aux droits de la famille? Nullement! Qu'est-ce que nous demandons par l'article 7 qui est soumis à vos délibérations? Des parents à un degré rapproché,

nous n'exigeons rien. Mais aux parents, éloignés, aux étrangers nous demandons une simple déclaration au procureur de la République. Est-ce que le procureur de la République, représentant l'autorité judiciaire, n'est pas le tuteur né de tous les incapables, de tous les faibles, de tous ceux qui sont impuissants à se défendre? (Assentiment à gauche.)

Nous aurons à discuter plus tard la mesure dans laquelle devra s'exercer la surveillance de l'Etat, et peut-être me trouverai-je d'accord, à ce moment, avec l'honorable M. Lacombe et avec l'honorable M. Roger-Marvaise pour demander certaines modifications aux dispositions qui ont été arrêtées par la commission, au sujet de cette surveillance; mais la question qu'il est nécessaire de trancher immédiatement, est celle de savoir si l'Etat doit remplir un devoir de surveillance et de protection à l'égard de tous les aliénés. Or, je prétends que ce devoir s'impose plus impérieusement quand l'aliéné est abandonné à des collatéraux dont les intérêts sont, la plupart du temps, opposés à ses intérêts propres. (Très bien! très bien!) Il faut défendre l'aliéné contre les calculs avides, contre les spéculations de gens qui sont ou peuvent devenir ses héritiers et qui quelquefois ont intérêt non seulement à ne pas le soigner, mais peut-être à abréger sa vie par de mauvais traitements. C'est, messieurs, cette question de principe que vous allez voter; si vous n'adoptez pas la disposition de l'article 7, vous aurez rejeté une des meilleures réformes apportées à la loi de 1838.

M. de Gavardie. Elle est détestable! (Rumeurs à gauche.)

M. le Ministre. Il y avait véritablement sur ce point, dans la loi de 1838, une lacune considérable, et, en vérité, j'avoue que je ne comprends pas bien la distinction que faisait tout à l'heure l'honorable M. Lacombe. Il admet l'intervention de l'Etat quand la famille placera un aliéné dans un asile privé, c'est-à-dire dans un asile qui reçoit un certain nombre de malades, et dans ce cas il reconnaît qu'il faut prendre des précautions très sérieuses, minutieuses même, dans l'intérêt de l'aliéné et de la liberté individuelle. Et, quand la famille placera cet aliéné chez un étranger, dans une maison où lui seul sera reçu et retenu, il n'y aurait aucune garantie à demander?

M. Tenaille-Saligny. Il n'y aura pas de contrôle!

M. Lacombe. On le surveillera personnellement.

M. le Ministre. On le surveillera personnellement, dites-vous? A cela je réponds que les dispositions inscrites dans votre amendement rendraient cette surveillance absolument illusoire. La surveillance, à mon avis, devra être plus active, elle sera plus nécessaire dans une maison particulière fermée au public où

l'aliéné est soigné par un étranger, que dans un asile privé ouvert à plusieurs malades, où il existe un nombreux personnel, où le public peut pénétrer dans une certaine mesure et où, par conséquent, les mauvais traitements et les abus sont moins à craindre que chez un particulier. (Vive approbation au centre et à gauche.)

La surveillance de l'Etat sur les aliénés gardés à domicile constitue, je l'ai montré au Sénat, la partie la plus importante de ce projet de loi; ainsi que je le disais au début de la discussion, ce n'est pas dans les asiles publics que les abus les plus graves ont été commis; c'est dans les asiles privés, c'est surtout dans les familles et dans les maisons particulières. Vous n'avez qu'à lire les journaux judiciaires : vous y trouverez la preuve de ce que j'avance.

On nous dit : Mais il s'agit de faits isolés! Les lois ne sont pas faites pour des cas exceptionnels. Messieurs, les lois sont faites pour réprimer les abus, quand ces abus sont fréquents, quand ils ont pour résultat de porter atteinte à la liberté individuelle, quand ils compromettent des intérêts dignes de respect et de sollicitude. (Nouvelle approbation sur les mêmes bancs.) Pour ma part, je serais tenté d'aller plus loin et d'affirmer que la protection de l'Etat doit être établie non seulement au point de vue de la personne, mais au point de vue même des biens de l'aliéné. Ainsi, à l'heure actuelle, si nous consultons le code civil, nous constatons que tant que l'interdiction n'a pas été demandée, il n'est pas permis au procureur de la République d'intervenir d'office pour protéger les biens de l'aliéné. Or, vous savez combien sont rares les demandes d'interdiction à l'égard des aliénés, parce qu'elles constituent une procédure difficile et coûteuse qui n'est pas à la portée de tous.

Je me suis demandé moi-même s'il n'y avait pas quelque chose à faire de ce côté, et s'il ne faudrait pas, dans certains cas, permettre au procureur de la République de provoquer d'office l'intervention de l'autorité judiciaire en faveur de cet être, de ce citoyen impuissant à se défendre. Ne l'oubliez pas, en effet, messieurs, la loi que vous discutez en ce moment, a pour objet principal de substituer l'autorité judiciaire à l'autorité administrative pour la protection des aliénés. (C'est cela! — Très bien! à gauche.) C'est l'intervention de l'autorité judiciaire qui domine tout ce projet de loi. Que l'aliéné soit admis dans un asile public, qu'il soit placé dans un asile privé, ou qu'il soit gardé dans sa famille ou chez des étrangers, c'est l'autorité judiciaire seule qui a qualité pour le priver de sa liberté. Voilà le principe de la loi. (Très bien! très bien! sur les mêmes bancs.)

Cette loi n'est pas une loi de police, c'est une loi d'assistance. Nous voulons protéger la personne et les biens de l'aliéné et nous voulons, dans la mesure du possible lui faire donner les soins que

comporte sa situation d'esprit; tout à l'heure l'honorable M. Cazelles, directeur de l'assistance, donnait au Sénat des renseignements vraiment saisissants, qui sont tirés d'une statistique établie sur des données précises. Lorsque les aliénés sont traités au début de la maladie, environ 80 p. 100 sont guéris. Quand le traitement au contraire, n'est entrepris qu'après un délai de six mois, le nombre des guérisons tombe à 25 p. 100.

Croyez-vous que l'Etat puisse se désintéresser absolument de cette catégorie d'aliénés et abandonner sans surveillance et sans contrôle à la spéculation des collatéraux, à des familles avides, le soin de protéger ceux de leurs membres que le malheur a frappés? Pour ma part, je ne puis me résigner à cet abandon; je vous en conjure, messieurs, examinez la question sous tous ses aspects, pesez tous les arguments qui ont été portés à la tribune par l'honorable M. Roger-Marvaise et par l'honorable M. Lacombe, et demandez-vous s'il est possible de déclarer que l'Etat n'a aucun devoir de surveillance et de protection à l'égard des aliénés placés chez des collatéraux ou des étrangers. L'honorable M. Lacombe lui-même reconnait que cela n'est pas possible. Il admet comme nous l'intervention de l'Etat.

Je le répète, messieurs, à l'heure actuelle il s'agit de statuer sur le principe même de la protection due aux aliénés par l'Etat. Nous vous demandons de dire hautement, nettement, que le Sénat ne peut pas, qu'il ne veut pas se désintéresser de toute surveillance sur les aliénés gardés par des collatéraux ou par des étrangers. (Très bien! très bien! et applaudissements.)

M. Roger-Marvaise. Je demande la parole. (Aux voix! aux voix!)

M. le Président. Vous avez la parole; mais je vous fais observer que vous avez déjà parlé deux fois sur le même sujet.

M. Roger-Marvaise. Messieurs, il m'est extrêmement difficile de ne pas répondre au discours qui vient d'être prononcé, attendu que M. le ministre de l'intérieur m'a prêté des idées qui ne sont nullement les miennes. Je ne viens pas, en effet, combattre le principe même de l'article 7 du projet de loi. Jamais je n'ai dit que l'Etat ne devait pas exercer une surveillance sur les aliénés; jamais je n'ai émis semblable théorie à cette tribune; jamais je n'ai dit qu'il fallait laisser subsister la lacune de la loi de 1838. Seulement ce que j'ai proposé au Sénat, c'est un léger amendement à la proposition faite par la commission et par le Gouvernement, afin de donner au texte une précision qui empêchât toute espèce d'arbitraire ou plutôt qui prévînt autant que possible l'arbitraire.

Ainsi j'admets l'article 8 du projet de loi, c'est-à-dire cette obligation dans laquelle se trouve la famille de faire une décla-

ration dans le cas déterminé par cet article, lorsqu'il est nécessaire d'enfermer l'aliéné, — c'est l'expression même dont se sert l'article 8.

L'article 8, en effet, n'exige une déclaration de la part de la famille que lorsque la nécessité de tenir l'aliéné enfermé a duré trois mois; tant que cette nécessité n'est pas constatée, la famille est affranchie de toute espèce de déclaration. Eh bien, cette nécessité de tenir l'aliéné enfermé, je demande que vous l'introduisiez dans l'article 7, afin d'empêcher toute espèce d'arbitraire dans l'application de la loi. Je vais même beaucoup plus loin. A mon sens, — c'est une opinion que j'émets, je puis me tromper, — il me semble que l'article 7 de la loi, par lequel on établit la surveillance de l'Etat sur les aliénés qui sont traités souvent chez un ami, souvent chez un proche parent, toujours chez une personne qui est investie de la confiance du père de famille, il me semble, dis-je, que l'article 7 ne dit pas à quel moment la surveillance de l'Etat devra intervenir, ni à quel moment on pourra constater que c'est en effet le traitement d'un aliéné que le malade subit. Il n'y a à cet égard aucune précision dans l'article. C'est afin d'écarter tout arbitraire que je voudrais introduire plus de précision dans le texte, en y insérant deux ou trois mots. Quant au reste de l'article, j'admets parfaitement toutes les garanties proposées par la commission et par le Gouvernement.

Par cela même, je trouve suffisamment que je ne suis pas hostile au principe contenu dans l'article 7. Je reconnais avec M. le ministre que c'est l'article capital et fondamental de la loi, parce qu'il est appelé à déterminer — et je crois qu'il doit le faire d'une manière précise — l'étendue des droits de l'Etat et des droits de la famille, tout en respectant la liberté individuelle. C'est parce que cet article a cette immense importance, que je me suis permis d'insister devant le Sénat pour que l'on y introduisît, afin d'empêcher toute espèce d'arbitaire, ces mots: «Avec nécessité de le tenir enfermé.»

M. le Président. Quelqu'un demande-t-il la parole sur l'amendement de M. Roger-Marvaise, qui s'éloigne le plus de la proposition de la commission?

M. de Gavardie, *de sa place.* Jusqu'à présent, la vraie question, à mon point de vue, n'a pas été complètement traitée, je veux parler de la question de principe qu'exposait tout à l'heure M. le ministre de l'intérieur. Les divers orateurs que vous avez entendus acceptent le principe, bien qu'avec des modifications; mais certains membres de cette Assemblée le repoussent absolument, et c'est cette opinion qui ne s'est pas encore produite.

Voix nombreuses. Parlez! parlez!

M. DE GAVARDIE. Je demande la parole sur ce point, si personne ne la demande.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. de Gavardie.

M. DE GAVARDIE. Messieurs, tout à l'heure l'honorable ministre de l'intérieur faisait ressortir l'importance de l'innovation — car c'est une véritable innovation — que vous êtes appelés à voter. Elle est tellement grave, elle est tellement dérogatoire à tous les principes de notre législation, au point de vue de notre droit civil et de notre droit public; elle va même tellement à l'encontre des prétendus précédents empruntés aux législations étrangères, qu'on ne saurait sans une discussion très approfondie voter ce principe dangereux et attentatoire à tout ce qu'il y a de plus sacré. Tout à l'heure, l'honorable M. de Marcère, qui est un vieux et excellent magistrat... (Interruptions et rires.), vieux d'expérience, veux-je dire, M. de Marcère demandait un renseignement précieux. Mais enfin, monsieur le rapporteur, disait-il, citez-nous des faits.

M. LE RAPPORTEUR. Tous les faits sont pour nous.

M. DE GAVARDIE. Nous connaissons ces expressions. Tous ceux qui ont fait partie des tribunaux les connaissent. Quand un avocat est embarrassé, il dit : Tous les principes sont pour moi. Et quand on lui objecte : Mais quels sont ces principes? il ne répond rien. (Interruptions à gauche.)

Vous, vous dites : Tous les faits sont pour nous. C'est ce que nous allons voir. Le meilleur moyen de connaître les abus qui sont commis, c'est évidemment de consulter la statistique criminelle. Eh bien, messieurs, je me suis livré à ce travail. M. le garde des sceaux est là, il pourra contrôler mes allégations, et il est absolument nécessaire qu'il fasse connaître son opinion dans cette question. (Sourires.) J'ai vérifié, dis-je, les statistiques criminelles depuis dix années; eh bien, dans cet espace de dix ans, j'ai trouvé quinze faits de séquestration suivis de condamnation!

Un sénateur à gauche. Quand il n'y en aurait qu'un!

M. DE GAVARDIE. Malheureusement, on n'entre pas dans les détails. Aussi, je prie M. le garde des sceaux de vouloir bien prendre note de ces observations d'une manière bienveillante, afin qu'à l'avenir on indique la nature des séquestrations et qu'on fasse connaître si, par exemple, il s'agit d'aliénés. Il n'y a aucune indication de ce genre et il est absolument impossible de savoir à quels individus s'appliquent ces séquestrations. On parlait tout à l'heure d'aliénés qui ont été parqués. Oui, c'est vrai, cela est arrivé quelquefois; mais combien de fois? Voilà ce qu'il faudrait savoir. Les séquestrations se sont, en effet, très souvent produites à l'égard d'individus qui n'étaient pas des aliénés. Par conséquent, vous n'avez pas de base sérieuse de statistique, base qui

est cependant absolument nécessaire pour asseoir des conclusions aussi hasardeuses et aussi téméraires que celles que vous nous apportez ici. Et la famille, messieurs! Jusqu'à présent, qui avait donc osé y pénétrer? C'est la République qui, la première, a eu cette audace!

Mon Dieu! et je parle ici de la République au point de vue théorique : j'ai la prétention d'être tout aussi bon républicain qu'un autre. (Exclamations et applaudissements ironiques à gauche.) Attendez! c'est un vieux mot. On parlait souvent, avant 1789, de République, entendez-le bien; mais celle-là, c'était la vraie. A ce point de vue, je suis républicain et beaucoup plus que beaucoup d'entre vous; quant à votre République, à votre mauvaise République, elle empêche ce mode de gouvernement de s'affermir dans notre pays. Si vous agissiez autrement, est-ce qu'en définitive la République ne serait pas solidement assise? Que m'importent à moi les formes de gouvernement...

M. Blavier. Parfaitement!

M. de Gavardie... si vous me donnez ce qui forme en quelque sorte le capital social; le respect de la liberté, le respect de la famille, le respect de la propriété? Que m'importent vos formes vaines...

M. Blavier. Vous avez cent fois raison!

M. de Gavardie... à moi, fils dévoué de l'Eglise qui, en définitive, a accepté toutes les formes de gouvernement? Il m'importe peu que ce soit une formule ou une autre, pourvu que je trouve la garantie des droits sacrés sur lesquels toute société est fondée.

Un sénateur à gauche. Et l'article 7?

M. de Gavardie. Je vais y arriver. Je suis d'ailleurs beaucoup plus dans la question que vous ne le pensez. Je dis que c'est votre République qui a, la première, introduit l'autorité de l'Etat dans le sanctuaire de la famille. Elle y est entrée déjà par les lois scolaires (Exclamations à gauche), et aujourd'hui elle cherche à y pénétrer grâce à la loi sur les aliénés. Ah! cette loi, si vous arrivez jusqu'au bout, pourrait être appliquée à beaucoup de gens. (Hilarité.)

Si vous voulez bien accorder toute liberté à mes paroles — vous verrez, plus tard, si elles ne sont pas justifiées, lorsque nous serons arrivés au dernier terme de cette discussion, si ce n'est aujourd'hui, ce sera du moins les jours suivants — je vous dirai qu'on pourrait peut-être enfermer avec beaucoup plus de raison une partie de ceux qui l'auront votée, que ceux auxquels elle est destinée! (Hilarité générale.) Vous voulez entrer dans la famille! Et de quel droit? Vous me parlez d'individus arrêtés, et vous prétendez qu'il vous importe, à vous, Etat, de savoir s'ils sont traités comme ils ne doivent pas l'être dans la famille!

Mais quelle meilleure garantie avez-vous, si ce n'est la sollicitude de la famille? Sous prétexte d'abus vous pourrez intervenir partout et toujours.

Je crois que cette observation a été présentée tout à l'heure, mais il est bon d'y revenir. Dans la société antique, l'enfant appartenait à l'Etat, qui s'en emparait; vous, vous cherchez à vous en emparer de plus en plus. Aliéné! Mais qu'en savez-vous? Comment! voilà un homme qui n'a pas ces mouvements désordonnés qui appellent nécessairement l'attention publique et en vue desquels vous êtes armés; voilà un prétendu aliéné qui ne trouble ni la décence ni l'ordre publics, qui est gardé par la sollicitude inquiète et affectueuse de sa famille; quel mal fait-il au point de vue social? Vous croyez que cet individu ne sera pas mieux soigné, mieux traité — puisque vous tenez tant à cette expression — dans sa famille? On invoquait tout à l'heure une statistique; je la connais parfaitement, et je n'ignore pas que, lorsque, dans les trois ou quatre premiers mois, l'aliéné ne peut pas être ramené à la raison, il y a presque impossibilité d'arriver à la guérison. Mais savez-vous à quel moment a commencé le traitement dans la famille?

Lorsqu'il a été constaté dans le sanctuaire de la famille que le traitement domestique, le traitement religieux par excellence n'avait pas pu réussir, alors on abandonne le malade aux soins de l'asile, soit public, soit privé, suivant les circonstances, mais vous ne savez pas, quand on vous remet un aliéné ou un prétendu aliéné, à quel moment a commencé l'aliénation, et, par conséquent, vos statistiques sont vaines. M. le ministre de l'intérieur et M. le commissaire du Gouvernement vous disaient: Ce sont surtout les indigents que nous voulons protéger.

Véritablement, il ne faut jamais avoir vu les choses judiciaires pour émettre des assertions de cette nature-là! Mais enfin, j'ai bien vu, moi, dans les divers départements où j'ai administré la justice, que ce ne sont pas les indigents qui gardent les aliénés; ils ne demandent pas mieux que de s'en débarrasser!

Vous prétendez que c'est la cupidité? Mais il faut les nourrir dans une certaine mesure, et il vaut beaucoup mieux s'en débarrasser! S'ils ont assez d'humanité pour ne pas garder les leurs, ils s'en débarrassent très volontiers! Ne parlez donc pas des indigents, et, s'il y a des abus, le ministère public est là! Est-ce que vous croyez que dans une commune on ne sait pas vite si un aliéné est séquestré ou ne l'est pas? Est-ce que ce ne sont pas là des faits qui tombent sous le coup de l'opinion publique? Est-ce que les voisins ne sont pas là, et Dieu sait s'ils parlent, les voisins, et les voisines surtout! (Hilarité générale.)

Messieurs, à l'égard des indigents, cette législation anglaise qui entre dans tant de détails en pareille matiere, cette législa-

tion anglaise qui n'est pas au fond aussi humaine, aussi démocratique — bien que je n'aime pas ce mot-là, mais enfin il est à la mode! — (Rires) que la loi de 1838, loi excellente, vous allez le voir, d'après les médecins eux-mêmes ; la législation anglaise, elle, fait une distinction entre ceux qui sont indigents et ceux qui ne le sont pas, et elle défend même l'intervention de l'autorité judiciaire à l'égard de ceux qui ne sont pas indigents. Par conséquent, elle ne permet pas d'entrer dans les familles dans les conditions, au moins, que vous indiquez, et M. Roger-Marvaise avait raison de dire que, après avoir parcouru toutes les législations étrangères, il n'avait rien trouvé de comparable à ce texte-là ! On dit : Il y a un délai et, par conséquent, il n'y aura pas d'abus ! Mais, est-ce que le principe n'est pas violé pour cela ? La durée de cette détention — je me sers du premier mot qui me vient à l'esprit — la durée de cette détention dans la famille sera d'un, de deux, de trois, de quatre mois, mais les faits extrinsèques ne changent pas, et si véritablement l'opinion publique n'est pas émue, si aucun mauvais traitement n'est pas exercé sur la personne de cet individu qui reste sous la protection sacrée de la famille, pourquoi et de quel droit vous, Etat, voulez-vous intervenir?

Il y a des abus ? Mais où n'y en a-t-il pas? Vous pouvez alors remonter le cours des siècles et revenir, comme je le disais tout à l'heure, à la législation païenne, vous emparer complètement des enfants ! Il a une école qui le demande ; mais j'espère que vous n'êtes pas encore assez avancés pour cela ! Messieurs, il s'agit d'émettre un vote sur ce principe sacré, de bouleverser toute la législation, d'ouvrir une porte à des abus bien plus graves, en définitive, que ceux contre lesquels vous voulez réagir, et je vous demande au nom de ce qu'il y a de plus sacré dans notre droit public, dans notre droit civil et au nom de l'humanité, de ne pas accorder ce vote!

A gauche. Aux voix ! aux voix !

M. LE PRÉSIDENT. Personne ne demande plus la parole ?... Je donne une nouvelle lecture de l'amendement de M. Roger-Marvaise. Le premier paragraphe de l'article ayant été voté, il est inutile que j'en rappelle les termes au Sénat.

M. ROGER-MARVAISE. Je demande la division, monsieur le président.

M. LE PRÉSIDENT. Je donne d'abord lecture de votre amendement ; vous demanderez ensuite la division, monsieur Roger-Marvaise. « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité avec nécessité de le tenir enfermé.

M. Roger-Marvaise. Je demande qu'on mette d'abord aux voix ce paragraphe.

M. le Président. Laissez-moi lire l'ensemble; on prendra une idée plus exacte des dispositions de la loi, et, ensuite, nous procéderons par voie de division.

« Nul ne peut soigner un aliéné avec nécessité de le tenir enfermé sans qu'il en ait fait la déclaration, dans le délai d'un mois à partir de la mise en traitement de la personne malade au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de cette personne. » Puis enfin, dernier paragraphe : « Ces dispositions ne sont pas applicables à l'aliéné soigné soit dans son domicile soit dans celui de son tuteur ou de ses parents jusqu'au huitième degré. » Nous allons procéder, messieurs, par voie de division...

M. de Gavardie. Monsieur le président, il vaudrait beaucoup mieux, ce me semble, mettre d'abord aux voix la question de principe sous forme de suppression de l'article 7 tout entier.

M. le Président. On vote contre un article, monsieur de Gavardie; on ne met pas une suppression aux voix.

M. de Gavardie. Oh! monsieur le président, il y a de mauvais précédents en pareille matière! Je demande la parole pour un rappel au règlement.

M. le Président. Comment voulez-vous que je mette aux voix une négation? Ce n'est pas possible. Vous avez la parole contre le règlement (Sourires), mais veuillez vous contenir dans ses limites.

M. de Gavardie. Messieurs, je ne demande pas la parole, comme le dit M. le président, contre le règlement: je la demande pour l'interprétation saine du règlement. C'est, pour la première fois en 1871, sous la présidence de l'honorable M. Grévy, que cette tradition s'est introduite. Autrefois, dans toutes les Assemblées parlementaires, on votait la suppression d'un article tout entier ou de paragraphes de ce même article, et de cette manière la question se posait d'une façon très simple. Il m'est arrivé à moi, plusieurs fois, et très certainement cela est arrivé à d'autres de mes collègues, de me tromper sur le vote, avec cette manière compliquée et savante dont parle M. le président et qu'il voudrait maintenir.

Pourquoi ne pas voter, quand une question de principe est nettement posée comme elle l'a été par M. le ministre de l'intérieur, pourquoi ne pas la résoudre de la manière la plus nette en votant sur la suppression de l'article tout entier? Après viendront les distinctions savantes et les chinoiseries dont on vous parle. (Rumeurs sur divers bancs.) Oh! je dis « chinoiseries » sans mauvaise intention.

M. le Président. Quelle proposition faites-vous?

M. de Gavardie. Je demande qu'on vote sur l'ensemble, pour ou contre l'article tout entier.

M. le Président. Je dois d'abord mettre aux voix les paragraphes, et puis, sur l'ensemble de l'article, chacun pourra voter contre, si cela lui convient. Je ne puis procéder autrement. Je mets aux voix le premier paragraphe proposé par M. Roger-Marvaise, et j'en donne une nouvelle lecture : « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité avec nécessité de le tenir enfermé. » (Ce paragraphe, mis aux voix, n'est pas adopté.)

M. Roger-Marvaise. Je retire le reste.

M. le Président. Nous arrivons alors à l'amendement de M. Lacombe. J'en donne une nouvelle lecture.

« § 2. — Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité même seul, à moins que le tuteur, autorisé par le conseil de famille à se charger du traitement, le conjoint, l'un des ascendants, l'un des descendants, ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement, n'ait son domicile dans la même maison que le malade ou ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés, soit d'ailleurs qu'il lui donne lui-même ses soins, soit qu'il les fasse donner par un tiers sous sa surveillance et sa responsabilité. »

M. Lacombe. Monsieur le président, je vous demanderai de mettre aux voix ce paragraphe à l'exception des mots « ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement », car je reconnais que c'est là une seconde question et qu'il y a des sénateurs qui pourraient vouloir voter ce paragraphe et ne pas étendre la distance jusqu'au quatrième degré.

M. Delsol, *de sa place.* Je demande à rappeler, au nom de la commission...

Plusieurs sénateurs. A la tribune!

M. Delsol, *à la tribune.* Messieurs, je monte à la tribune pour que la question soit nettement posée. L'honorable M. Lacombe propose, dans son amendement, une première modification à la rédaction de la commission, qui est celle-ci : « A moins que le tuteur, autorisé par le conseil de famille à se charger du raitement. » Cette addition a été acceptée par la commission, qui demande au Sénat de la voter. Je m'arrête là puisqu'on peut voter sur cette partie...

M. Bardoux. Expliquez le reste!

M. Delsol. Je m'explique sur le reste. La seconde modification

demandée par l'honorable M. Lacombe est celle-ci : « Le conjoint, l'un des ascendants, l'un des descendants ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement. »

La commission n'a pas accepté cette seconde partie de l'amendement ; elle maintient sa première rédaction, qui n'excepte que les ascendants, les descendants, le conjoint, le frère ou la sœur. Elle s'en tient à cette première rédaction et je crois qu'il est inutile que le développe devant le Sénat les motifs de sa décision (Approbation.) Mon honorable collègue et ami M. Lacombe propose une troisième modification, qui est ainsi conçue :

A moins que le parent « n'ait son domicile dans la même maison que le malade, ou ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés ». Il substitue la disjonctive « ou » à la copulative « et », qui se trouve dans la rédaction de la commission.

La commission n'accepte pas non plus cette substitution ; elle pense que lorsque le malade est dans une maison autre que celle où réside le parent qui est chargé de le soigner et de veiller sur son traitement, il n'y a plus là la garantie que la présence du parent donne dans l'hypothèse adoptée par la commission, et, en conséquence, elle vous demande de conserver la rédaction que nous avons d'abord proposée. (Très bien !) Enfin, la dernière partie de l'amendement ajoute : « soit d'ailleurs qu'il lui donne lui-même ses soins, soit qu'il les fasse donner par un tiers sous sa surveillance et sa responsabilité. » Cette partie de l'amendement disparaît évidemment du moment que nous conservons la rédaction de la commission et que nous n'admettons pas la substitution de « ou » à « et » qui se trouve dans notre texte.

M. le Président. Dans ces conditions, si c'est l'avis de la commission, il me semble impossible de procéder par division : car enfin nous mettrons aux voix, si nous procédons par division exactement la nouvelle rédaction de la commission.

M. Lacombe. Monsieur le président, je demande que l'on mette aux voix le paragraphe entier, à l'exception des mots : « ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement. » On procéderait alors à un second vote sur cette partie de l'amendement.

M. Delsol. Maintenant, je dois m'expliquer sur la fin de l'amendement de M. Lacombe.

Plusieurs sénateurs. Tout à l'heure ! — Aux voix !

M. le Président. Monsieur Delsol, il vaudrait mieux réserver cette partie de l'amendement. La question est déjà assez compliquée comme cela.

M. Morellet. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. Morellet.

M. Morellet. Messieurs, je n'ai demandé la parole que pour une

question de mise en œuvre de ce qui me paraît être la pensée générale du Sénat. Ce n'est point une proposition que je viens faire; je recherche la lumière là où peut-être elle ne se trouve pas d'une façon assez complète. Il y a, m'a-t-il semblé, deux questions bien distinctes dont nous avons à nous occuper en ce moment : d'une part, l'hypothèse où un aliéné est traité dans le domicile d'une personne étrangère à sa famille ou bien dans le domicile de certains de ses parents à un degré éloigné; d'autre part, l'hypothèse du traitement de l'aliéné chez certains de ses proches.

Eh bien, pour ces deux hypothèses profondément distinctes en elles-mêmes, on me paraît avoir eu tort de les rassembler dans un seul paragraphe sur lequel on vous propose de voter : le paragraphe 2 de l'article. Il me semble que la loi ne perdrait rien au fond et qu'elle gagnerait beaucoup en clarté si, au lieu de nous présenter ces deux hypothèses absolument différentes, mariées dans un seul paragraphe, on les disjoignait, on en faisait deux paragraphes séparés.

Je n'ai pas la prétention de vous proposer un texte; mais voici à peu près qu'elle serait ma pensée : A partir du paragraphe 2, l'article serait conçu, par exemple, en termes tels que ceux-ci; « Paragraphe 2. — Tout chef de maison chez lequel une personne est traitée, même seule, pour aliénation mentale est tenu d'en adresser la déclaration écrite, dans le délai de... à partir de la mise en traitement, au procureur de la République du domicile de la personne traitée. » Voilà la première hypothèse réglée.

Quant à la seconde, voici, me semble-t-il, un texte auquel peut-être la majorité du Sénat pourrait se rallier. « Paragraphe 3. — Le chef de maison est dispensé de cette déclaration s'il est le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants ou l'un des descendants, le frère ou la sœur du malade, s'il préside lui-même au traitement et s'il réside dans la maison où il a lieu. » On ajouterait ensuite un 4e paragraphe : « § 4.—Dans le cas prévu par le paragraphe 2 ci-dessus, la maison où a lieu le traitement est, pour la surveillance, assimilée aux asiles privés. »

C'est exactement la pensée de la commission, je crois. Il n'y a de différence que quant à la forme. Cette différence est de nature à diviser des choses qui sont absolument distinctes, et peut-être à permettre un vote plus clair pour la plupart d'entre nous.

M. Delsol, *membre de la commission.* Messieurs, la commission n'accepte pas la rédaction nouvelle proposée par notre honorable collègue. Elle vous demande de voter la rédaction qu'elle vous a déjà soumise. (Très bien! très bien! à gauche.) Cette rédaction est celle même que le Gouvernement vous avait proposée dans son premier projet; nous nous y sommes ralliés et nous la considérons comme parfaitement claire. La disjonction proposée par

notre collègue n'ajouterait rien à cette clarté. (Marques d'approbation sur les mêmes bancs.) En effet, la rédaction du Gouvernement adoptée et proposée au Sénat par la commission, pose un principe général, qui est celui de la surveillance, et tout de suite, à côté du principe général, elle constate l'exception. Evidemment, c'est la meilleure manière de donner du relief à la fois au principe qui est au commencement de la rédaction et à l'exception qui se trouve à la fin. (Très bien ! — Aux voix ! aux voix !)

M. LE PRÉSIDENT. Insistez-vous, monsieur Morellet, pour qu'on vote sur votre amendement? Je crois que vous feriez bien d'attendre la deuxième délibération ; ces amendements ainsi improvisés à la tribune jettent dans le débat une certaine confusion.

M. MORELLET. Je n'insiste pas quant à présent. J'ai voulu faire remarquer seulement qu'il est regrettable que deux hypothèses absolument distinctes soient confondues dans un même paragraphe.

M. LE PRÉSIDENT. Maintenez-vous votre proposition?

M. MORELET. Je la rattacherai à un amendement que je proposerai plus tard, lors de la seconde délibération.

M. LE PRÉSIDENT. Nous revenons alors à l'amendement de M. Lacombe. Je mets aux voix le paragraphe dont j'ai donné lecture et sur lequel la commission vient de s'expliquer, à l'exception des mots « ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement ». (Bruit.)

M. LE PRÉSIDENT. L'amendement est accepté par la commission. (Bruit.)

M. LE PRÉSIDENT. Messieurs, si on n'écoute pas, je renonce vraiment à expliquer le vote au Sénat. Je viens de dire qu'il était parfaitement exact que, en dehors de la question que vous avez adressée à M. Lacombe, la rédaction de la commission était, en réalité, le fond de l'article de M. Lacombe; mais M. Lacombe persistant à maintenir, dans son amendement, des dispositions que vous repoussez, je dois mettre aux voix son amendement. (Assentiment.)

Voix à droite. Vous avez raison.

M. LE PRÉSIDENT. Je consulte donc de nouveau le Sénat sur l'amendement présenté par M. Lacombe, sous la réserve des mots : « ou l'un des collatéraux jusqu'au 4e degré inclusivement. » (L'amendement n'est pas adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix la second paragraphe proposé par la commission et dont je donne une nouvelle lecture : « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le

tuteur autorisé par le conseil de famille, le conjoint, l'un des ascendants ou l'un des descendants, le frère ou la sœur du malade n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés. » (Le paragraphe est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Nous arrivons au troisième paragraphe. Je donne lecture de l'amendement de M. Lacombe.

M. LACOMBE. Il n'a plus d'utilité, monsieur le président, en présence de la modification proposée par la commission.

M. LE PRÉSIDENT. Alors nous revenons à la rédaction de la commission. J'en donne une nouvelle lecture :

« Nul en dehors des personnes ci-dessus exceptées peut soigner un aliéné dans un domicile privé sans qu'il ait fait la déclaration dans le délai d'un mois à partir de la mise en traitement de la personne malade, au procureur de la République du domicile de cette personne. » (Adopté.) — « A défaut de déclaration, il pourra être pourvu au placement de ladite personne conformément à l'article 23 ci-après. » (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix l'ensemble de l'article 7. (L'ensemble 7, mis aux voix est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Nous arrivons à l'article 8 : « Art. 8. — Lorsqu'un aliéné est traité dans son domicile ou dans le domicile de son tuteur, de son conjoint ou de l'un des proches parents mentionnés au paragraphe 2 de l'article précédent, et que la nécessité de le tenir enfermé a duré trois mois, le tuteur, conjoint ou parent qui préside au traitement est tenu d'en faire par écrit, la déclaration au procureur de la République de l'arrondissement de son domicile. Il est joint à cette déclaration un rapport dressé par un docteur en médecine conformément aux prescriptions du paragraphe 5 de l'article 16 de la présente loi.

« Le procureur de la République, après avoir transmis ces pièces au secrétariat de la commission permanente des aliénés et pris l'avis de cette commission peut, tant qu'il n'aura pas jugé nécessaire de recourir aux moyens de surveillance établis par la présente loi, décider que le tuteur, conjoint ou parent qui fait traiter un aliéné dans les conditions ci-dessus indiquées est tenu seulement d'envoyer un nouveau rapport médical à des intervalles déterminés, et qui ne pourront pas excéder trois mois. »

M. LE RAPPORTEUR. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. Messieurs, je n'ai pas été assez prompt pour trouver avant la lecture que vient de faire M. le président, le texte qui a été rédigé hier, d'accord avec le Gouvernement, à la suite des observations présentées, dans la dernière séance, par l'hono-

rable M. Lacombe au sujet de l'amendement qu'il propose à l'article 8. La commission et M. le ministre de l'intérieur ont examiné l'article 8, et se sont arrêtés en commun au texte que voici. M. le président vient de donner lecture de l'article 8 ; mais au paragraphe 2, il faut lire ainsi :

« Il est joint à cette déclaration un rapport circonstancié dressé et signé par un docteur en médecine. Ce rapport doit indiquer la date de la dernière visite faite au malade par le signataire, sans que cette date puisse remonter à plus de huit jours ; les symptômes observés et les preuves de folie constatés personnellement par le signataire, ainsi que son appréciation sur la suffisance des soins qui peuvent lui être fournis dans sa famille. »

Vient ensuite le paragraphe suivant, qui est ainsi modifié : « Le procureur de la République peut, sur l'avis du médecin-inspecteur, décider que le tuteur, conjoint ou parent qui fait traiter un aliéné dans les conditions ci-dessus indiquées, est tenu seulement d'envoyer un nouveau rapport médical à des intervalles déterminés et qui ne pourront pas excéder trois mois. »

L'article est complété par un paragraphe que je vais lire : « Dans le cas où des mesures de surveillance plus complètes seraient reconnues nécessaires, elles seront prises par le tribunal en chambre du conseil. Le tribunal sera saisi, soit par le procureur de la République, soit par un délégué spécial du conseil de famille. La décision sera prise en présence du tuteur ou parent ou après qu'ils auront été mis en demeure d'intervenir. »

La raison de ce dernier paragraphe est celle-ci : la commission s'en rapportait dans le dispositif à la décision que prendrait le procureur de la République, décision qui était celle ou de ne rien faire, de laisser l'aliéné dans la situation qui existait précédemment, ou bien, s'il s'assurait qu'il y avait quelque chose à faire, de prendre une mesure, de s'adresser au tribunal qui seul, en vertu de la loi nouvelle, peut prononcer un internement, un placement définitif de l'aliéné.

Mais on a insisté vivement en disant que cette dernière solution que le procureur de la République pouvait apporter à la situation de l'aliéné pour décider un internement, il était bon qu'elle fût insérée dans l'article de la commision, que cela complétait la loi d'une manière précise ; et il y a quelque chose de plus, c'est qu'on voulait laisser aux parents, représentés par un délégué du conseil de famille, le droit de provoquer lui-même cet internement. Il a paru à la commission que ce cas pouvait se présenter, qu'il pouvait y avoir utilité pour un aliéné à ce qu'un membre de la famille dans ces conditions pût s'adresser au tribunal. Aussi le dernier paragraphe dont je viens de donner lecture a-t-il été accepté par la commission et par le Gouvernement. (Marques d'approbation sur plusieurs bancs.)

M. le Président. Sur cet article 8, il existe un amendement de M. Lacombe qui reçoit, je crois, satisfaction par la nouvelle rédaction.

M. Lacombe. Pas complétement, monsieur le président.

M. le Président. La parole est à M. Lacombe.

M. Lacombe. Messieurs, le Sénat comprendra aisément combien il est difficile, sur la lecture assez rapide qui a été faite à la tribune d'un article un peu long comme celui qui est soumis en ce moment à vos délibérations, d'apprécier d'une manière exacte tout ce qui peut résulter de la nouvelle rédaction proposée. J'ai cherché cependant à suivre très attentivement le texte nouveau proposé par la commission, et voici, je crois, les seuls points sur lesquels je diffère aujourd'hui de cette nouvelle rédaction. Il s'agit d'un cas où un aliéné est séquestré, c'est-à-dire où il est retenu chez lui par la force.

J'avais demandé à la commission d'introduire ces mots « par voie de coercition » dans le texte même de l'article. Je l'avais demandé, parce que cet article, tel qu'il a été rédigé par la commission, m'avait paru trop vague. J'en trouvais la preuve en ce que, à la dernière séance, l'honorable M. Roger-Marvaise n'avait pas compris qu'il s'agissait dans l'article 8 du cas seulement où une coercition est nécessaire. C'est un membre de la commission, M. Delsol, qui est venu apporter cette appréciation de la commission à la tribune. J'ai demandé qu'une déclaration aussi importante ne restât pas noyée dans le débat oral, et que ces mots « par voie de coercition » figurassent dans le texte même de l'article.

Mon amendement avait un autre but : c'est de dispenser l'ascendant et le conjoint de toute déclaration. Il me semble que, quels que soient les doutes que l'on a émis tout à l'heure sur l'insuffisance des soins que pouvait efficacement donner la famille au cas d'aliénation mentale de l'un de ses membres, lorsque c'est par les parents les plus proches, par ceux dont l'affection est considérée comme offrant la garantie la plus indiscutable, que les soins sont donnés, on devrait établir la dispense de toute mesure spéciale de surveillance. Je conviens qu'il faut être plus réservé que lorsqu'il s'agissait des dispositions de l'article 7, et que l'on ne peut exiger en ce cas un degré de parenté plus rapproché ; aussi ai-je limité l'exception au cas où les soins seraient donnés par l'ascendant et le conjoint. C'est à ce point de vue que je maintiens mon amendement.

M. Delsol. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. Delsol.

M. Delsol. Messieurs, les observations que mon honorable collègue et ami M. Lacombe vient de présenter au Sénat, s'appliquent à deux points de son amendement. D'abord il a demandé

que le Sénat ajoutât à ces expressions qui figurent dans le projet de la commission : « la nécessité de le tenir enfermé », ces mots: « par voie de coercition ». A la dernière séance, j'avais déclaré au Sénat, et je déclare encore aujourd'hui que cette expression: « la nécessité de tenir le malade enfermé », implique par elle-même une idée de contrainte et de coercition.

La commission, après avoir délibéré sur l'addition proposée par M. Lacombe, a pensé que véritablement elle n'était pas nécessaire. Nous employons les expressions les plus fortes ; nous disons qu'il y a nécessité de tenir le malade enfermé. Cela veut bien dire évidemment qu'il subit une contrainte sur sa personne, une coercition, qu'il est enfermé dans un local où il ne peut s'échapper. Nous ne pensons donc pas que la confusion que redoute l'auteur de l'amendement puisse jamais se produire, et nous maintenons notre rédaction telle que nous l'avions d'abord proposée.

En second lieu, notre honorable collègue propose de dispenser les ascendants et le conjoint de toute déclaration, même lorsqu'il y a eu contrainte physique, coercition exercée sur le malade pendant une période de trois mois. Nous ne sommes pas d'avis de leur accorder cette dispense. Il y a là, en effet, une circonstance extrêmement grave : il y a eu privation de la liberté individuelle depuis plus de trois mois, et il n'y a qu'une présomption qui ne peut être complètement justifiée.

M. de Gavardie. C'est justement là la question !

M. Delsol. Dans tous les cas, il est possible que ce malade, qui est évidemment un agité, qui a des accès de fureur, ne puisse pas recevoir dans sa famille les soins qui sont indispensables à sa santé et à sa sécurité. En conséquence, en présence de ce fait de contrainte, de coercition durant plus de trois mois, nous demandons que les ascendants et le conjoint soient soumis à la règle générale qui les oblige à faire une déclaration. (Très bien ! très bien !)

M. le Président. Personne ne demande plus la parole ?... Nous allons procéder par voie de réserve et par voie de division. M. Lacombe demande l'adjonction de ces mots : « par voie de coercition », et, de plus, il demande « que les ascendants et le conjoint ne soient pas tenus de faire la déclaration prévue par le paragraphe 1er de l'article 8 ». Je vais donc consulter le Sénat sur ce paragraphe sous cette double réserve, que je soumettrai ensuite au Sénat. (La première partie de l'article 8, mise aux voix, est adoptée.)

M. le Président. Après ces mots: « le tuteur, conjoint ou parent qui préside... » M. Lacombe demande qu'on joigne ceux-ci : « les ascendants et le conjoint. » Je consulte le Sénat. (Cette disposition additionnelle n'est pas adoptée.)

M. LE PRÉSIDENT. Je mets maintenant aux voix ces mots : « ... par voie de coercition. » (Cette disposition additionnelle n'est pas adoptée.)

M. LE PRÉSIDENT. Je donne une nouvelle lecture du paragraphe 2 :

« Il est joint à cette déclaration un rapport circonstancié dressé et signé par un docteur en médecine. Ce rapport doit indiquer la date de la dernière visite faite au malade par le signataire, sans que cette date puisse remonter à plus de huit jours ; les symptômes observés et les preuves de folie constatées personnellement par le signataire, ainsi que son appréciation sur la suffisance des soins qui peuvent lui être fournis dans sa famille. » (Adopté.)

« § 3. — Le procureur de la République peut, sur l'avis du médecin-inspecteur, décider que le tuteur, conjoint ou parent qui fait traiter un aliéné dans les conditions ci-dessus indiquées, est tenu seulement d'envoyer un nouveau rapport médical à des intervalles déterminés et qui ne pourront pas excéder trois mois. »

M. LACOMBE. Je demande à présenter une observation de ma place. Ce paragraphe préjuge la création des fonctionnaires inspecteurs. Jusqu'à présent, on avait réservé tout ce qui était relatif à cette création.

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Vous avez parfaitement raison !

M. DELSOL. La commission accepte l'ajournement du paragraphe.

M. LE PRÉSIDENT. M. Lacombe demande, d'accord avec la commission et le Gouvernement, que le paragraphe soit réservé. Il n'y a pas d'opposition ?... (Le paragraphe est réservé.)

M. DE GAVARDIE On devrait réserver l'article tout entier.

M. LE PRÉSIDENT. Non, monsieur de Gavardie, ce n'est pas là ce qui a été proposé ; si vous le voulez, vous pouvez en faire la proposition pour votre compte.

M. DE GAVARDIE. J'en fais alors la demande au Sénat.

M. LE PRÉSIDENT. M. de Gavardie propose de réserver l'article tout entier. Je mets aux voix cette proposition. (Le Sénat, consulté, n'adopte pas la proposition de M. de Gavardie.)

M. LE PRÉSIDENT. Je donne lecture du dernier paragraphe :

« Dans le cas où des mesures de surveillance plus complète seraient reconnues nécessaires, elles seront prescrites par le tribunal en chambre du conseil. Le tribunal sera saisi, soit par le procureur de la République, soit par un délégué spécial du conseil de famille. La décision sera prise en présence du tuteur ou parent, ou après qu'ils auront été mis en demeure d'intervenir. » (Le paragraphe, mis aux voix, est adopté.)

M. le Président. Je ne mets pas aux voix l'ensemble, puisqu'il y a un paragraphe réservé.

M. de Gavardie. Peut-on demander la parole sur l'ensemble des paragraphes votés ?

M. le Président. Non, monsieur de Gavardie, vous aurez la parole quand on votera sur l'ensemble de l'article.

M. de Gavardie. Il y aura alors un préjugé...

M. le Président. Veuillez me laisser vous répondre. C'est déjà par exception qu'on vous accorde, à vous, personnellement le droit de parler sur l'ensemble d'un article. Mais il ne s'agit pas de cela pour le moment; ce n'est que quand le Sénat sera appelé à voter sur l'ensemble de l'article que vous pourrez prendre la parole.

M. de Gavardie. Et je vous le promets ! (Rires.)

M. le Président. Je n'en doute pas, monsieur de Gavardie. (Nouveaux rires.)

« Art. 9. — Des règlements d'administration publique détermineront :

« 1° Les devoirs et attributions des commissions de surveillance administrative et financière des asiles publics d'aliénés, des médecins-directeurs, médecins en chef et adjoints, et autres fonctionnaires et employés de ces établissements; des médecins préposés responsables, des préposés responsables, des médecins adjoints des quartiers d'hospice; des médecins en chef et adjoints des asiles privés faisant fonction d'asiles publics ;

« 2° Les conditions auxquelles sont accordées les autorisations énoncées en l'article 7; les cas où ces autorisations peuvent être retirées; les obligations auxquelles sont soumis les établissement privés autorisés; les bases sur lesquelles doit être calculé le montant des cautionnements ;

« 3° Les conditions d'organisation et de fonctionnement des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, ainsi que les conditions du retrait d'autorisation et de la mise en régie de ces établissements, prévues par l'article 5 de la présente loi ;

« 4° Les conditions d'organisation, de fonctionnement et de surveillance des établissements prévus par les deux derniers paragraphes de l'article 1er de la présente loi; des quartiers d'observation annexés aux établissements publics ou privés d'aliénés ainsi que les quartiers ou locaux établis pour le dépôt provisoire des aliénés non encore internés, ou pour les expertises médico-légales sur l'état mental des inculpés, dans l'hospice ou hôpital de tout chef-lieu judiciaire où il n'existe pas un asile public d'aiénés ou un asile privé faisant fonction d'asile public;

« 5° Les bases sur lesquelles seront établies les taxes propor-

tionnelles pour frais de surveillance des aliénés et autres dépenses en vue desquelles est constitué le fonds commun prévu par l'article 48 de la présente loi;

« 6° Les bases générales du concours des communes à la dépense des aliénés indigents et les règles à suivre pour appliquer ces bases aux diverses communes et fixer la proportion du concours à exiger d'elles;

« 7° Les conditions de recrutement, de traitement, d'avancement et de mise à la retraite des surveillants et gardiens employés dans les établissements publics d'aliénés. »

M. Lacombe. Je demande qu'on réserve le paragraphe 5.

M. le Ministre de l'intérieur. Je le demande également. Ce paragraphe prévoit, en effet, la taxe proportionnelle sur les aliénés. Or, avant d'établir les bases sur lesquelles cette taxe sera établie, il faut savoir si la taxe elle-même sera acceptée par le Sénat. C'est pourquoi je me joins à M. Lacombe pour demander que le paragraphe 5 soit réservé. (Très bien!)

M. de Gavardie. Il faut réserver tout l'article! (*A suivre.*)

VARIA

COURTE NARRATION SUR UNE JEUNE FILLE QUI VÉCUT SANS BOIRE NI MANGER

Par Gérard BUCOLDIANUS

Il existe une ville appelée Rœd, cité de l'empire, située sur le Rhin, et distante d'environ deux milles de Spire. En l'an 1539, il y avait dans cette ville une jeune fille appelée Marguerite. Son père se nommait Sevfrit Vueis et sa mère Barbara. Parvenue à peu près à l'âge de dix ans, elle fut prise à la Saint-Michel de douleurs de tête et de ventre. Mais, le mal était plus persistant qu'intolérable, et ne la forçait pas à garder le lit. Durant ce temps, elle commença cependant à ressentir de jour en jour un plus grand dégoût pour les aliments. Ses excréments diminuaient graduellement. Depuis

le dimanche de la Nativité, dernier jour où elle prit quelque nourriture, elle ne put désormais absorber quoique ce fut. Pourtant, elle n'avait pas encore l'horreur de la boisson.

A l'approche de l'année 1540, comme elle se plaignait encore beaucoup de douleurs de ventre et de tête, et que, vers le commencement de cette année, ses pieds et ses mains quasi-contractés, ne pouvaient plus remplir leurs fonctions. Le père inquiet sur le sort de sa fille, et dans l'espoir de trouver guérison à sa maladie, recourut aux consultations des médecins. Une vieille femme que les paysans du pays consultent pour tous les maux, bien plus que les médecins, lui ordonna de lui faire prendre deux bains par jour, et de lui faire faire usage d'une décoction de certaines herbes. On en fit en vain l'essai pendant huit jours, après lesquels on s'arrêta. Peu de temps après, une autre femme, du genre de ces charlatans qui passent de temps à autre dans les bourgs et dans les villes, et vendent aux habitants des campagnes toutes sortes de drogues, donna au père quelques racines d'herbes à propriétés merveilleuses. On fit avec ces plantes, des bains qu'elle prit deux fois par jour, un avant, et l'autre après midi. Au bout de quatre semaines, la jeune fille recouvra sa santé première. L'usage des pieds et des mains qu'elle avait auparavant perdu, lui revint en même temps.

Ces faits se passaient quelque temps après Pâques. Tout à coup, elle fut saisie comme jadis d'un tel dégoût de la nourriture et de la boisson, qu'après les fêtes et jusqu'à ce jour, elle refusa absolument de manger, ne but même pas et ne rendit pas la moindre goutte d'urine. Toute cette année 1540, et surtout l'été, furent d'une chaleur et d'une sécheresse extrêmes, telles que de mémoire d'homme, on n'en avait encore jamais vu. Aussi, le singulier phénomène de voir une jeune fille refuser toute boisson à pareille époque, attira-t-il grandement l'attention sur son pays.

L'année suivante, 1531, la renommée de la jeune fille se répandait déjà de toutes parts. Elle parvint aux oreilles du suzerain de ce lieu, l'évêque de Spire. Ce dernier donna mission au juge même de la ville de s'adjoindre une personne sûre et de lui faire un rapport sur le mal dont souffrait la jeune fille. Deux gardiens furent donnés à celle-ci. Pendant dix jours et dix nuits, ils se tinrent en observation auprès d'elle. A cet effet, on l'avait transportée dans la maison du

prêtre du lieu, qu'on nomme vulgairement pasteur. Cette expérience fut faite pendant la semaine sainte, et comme, on put prouver qu'aucune fraude ne s'était produite, on la laissa aller, et elle put retourner chez elle. Quelques mois après, le gouverneur d'une citadelle voisine, dépendant d'un fief de l'évêque et que nous appelons Ciffelinck, fut délégué pour étudier plus particulièrement le cas. Il fit venir la jeune fille et la fit enfermer dans la citadelle, où il la garda cinq jours. Durant ce temps, comme elle n'avait eu aucun besoin de manger ni de boire, le gouverneur, convaincu que ce qu'elle avait fait auparavant était vrai, la renvoya chez ses parents.

Toute cette année s'écoula sans qu'elle ne but ni mangeât. L'an suivant, 1542, au moment où Ferdinand, roi des Romains, allait entreprendre la guerre contre les Turcs, ce grand monarque se rendant à la diète impériale, se rendit à Spire. Plein de confiance sur le cas présenté par la jeune fille, et, poussé par la curiosité, il la fit venir vers lui aû mois de février. Elle était seule avec son père. L'enfant avait à cette époque dépassé sa douzième année, et, pour son âge, elle était bien proportionnée sous tous les rapports, comme taille et comme ensemble. Ses yeux tiraient d'une façon indécise entre le bleu et le vert, et, pour une fille de campagne, elle possédait un visage distingué. Son esprit était gai et naturel. Sa Majesté, convaincue des preuves irrécusables qu'on lui avait faites sur ce jeûne si étonnant, qui, non seulement avait attiré l'attention de tous les grands personnages, mais encore celle de ses physiciens, pensa qu'il pouvait y avoir intérêt pour la gloire de son pays, à faire examiner ce cas le plus promptement possible.

Pour ces raisons, il voulut que je la reçusse dans mon hôpital et que je procédâsse sur-le-champ à son examen. On fit venir un homme habitué à la garde des malades. Il se nommait Hans Graü, natif de Vienne, reconnu pour son honorabilité et son activité. Il fut chargé d'assister la jeune fille et de ne pas la quitter des yeux un seul instant. On fit déposer à cette dernière ses vieux vêtements, elle fut revêtue d'habits tout neufs offerts par le roi, et, hâtons-nous de le dire, elle fut examinée avec la plus grande diligence. Pressée durant ce temps de boire ou de manger certaines de ces friandises qu'on aime tant à cet âge, elle refusa toujours.

Ce qui causa surtout le plus grand étonnement, c'est que, quoiqu'elle n'eut absorbé ni liquides ni solides, à la suite d'une de ces contrariétés si communes aux enfants de son âge, elle se mettait à pleurer, et d'abondantes humeurs sortaient de son nez ainsi que de ses yeux. Il arriva bien plus : son corps tout entier se recouvrit de boutons et de pustules phlegmoneuses. Elle se trouvait au mieux dans un lit bien chaud, la transpiration étant peut-être plus grande et combattant la faiblesse de son corps. Toutefois, un sommeil tout à fait naturel et tranquille la saisit. Mais, à l'inspiration comme à l'expiration, la partie de l'estomac et celle du basventre qui est légèrement rentrée, ne se dilate pas comme il faut. Quant aux viscères, le foie et la rate ne présentent rien de sensible au palper. Après un examen approfondi de sa bouche nous la trouvons toujours sèche et en sécrétant jamais aucune salive. En priant le sujet avec instance de boire quelque chose, elle consent à tremper le bout de ses lèvres dans un verre contenant de l'eau ou du vin; mais elle ne peut rien garder dans sa bouche un seul instant, pas même une gouttelette, sans la rejeter immédiatement, tant sa répugnance est grande.

Nous poursuivions cette opération depuis douze jours. L'idée de boire et de manger n'entraient jamais dans ses désirs, et, malgré cela, les battements de son pouls, l'état stationnaire de son ensemble, en un mot, toutes les facultés du corps persistaient continuellement. Sa Majesté royale la fit rappeler près d'elle, et Ferdinand, rempli d'admiration, la combla de présents, puis il la fit reconduire chez ses parents.

Eh ! bien, Dieu me damne ! ceci pourra sembler extraordinaire aux philosophes et aux physiciens : la jeune fille se porte bien, grandit. Une chaleur naturelle règne en tout son corps. La respiration est normale, les yeux, les narines et les oreilles exhalent leurs humeurs particulières, le corps est recouvert de pustules phlegmoneuses, elle parle, elle pleure, elle rit, fait tout ce que font les enfants de son âge, selon le lieu où ils se trouvent et d'après l'époque de la saison, mais, durant cela, elle ne mange pas, ne boit aucunement et ne rend ni urine ni excréments solides !

D'après les expériences faites sur les individus, il a été prouvé que la chaleur du corps, en desséchant les parties humides, avait toujours eu une action efficace, et que le feu

régnant dans le cœur, avait toujours été alimenté par une inspiration et une expiration continuelles de l'air.

D'où vient cependant chez notre sujet, la suppression totale de l'envie de manger et de boire, puisque tout ce qui est absorbé doit s'éliminer et disparaître par la transpiration ? Comment se fait-il qu'une si grande chaleur naturelle persiste chez cette jeune fille, puisque son cœur réclame un continuel rafraîchissement? Sur ce point (on y est amené par la singularité du fait), tous les jugements sont différents. Je n'y vois à vrai dire, et les événements en sont la cause, que toutes les personnes qui l'ont observée ne sont pas d'accord, et pour ma part, je dois avouer que tout le monde s'entend pour mettre cet étonnant prodige sur le dos du diable ou de Dieu, ou l'attribuer à quelque sortilège. Il me semble que tout cela me paraît bien invraisemblable. et n'est pas de ma compétence, et je comprends volontiers que les physiciens ne sachent à quoi s'en tenir sur ces deux versions.

En premier lieu, l'humeur qui par suite de la maladie a séjourné longtemps dans le corps, n'aurait-elle pas pu servir de nourriture à l'organisme ? Si cela est vrai, il ne faut pas regarder ces phlegmons et ces pustules comme lymphatiques et bilieux, car le sang qui nourrit tout le corps est l'humeur médiane et essentielle qui se répand dans les pustules et les phlegmons, ainsi que dans la lymphe et dans la bile. Si on laisse à ces humeurs acides le temps de se convertir en sang, elles peuvent servir de nourriture au corps. Bien plus, elles sont consumées parce qu'elles ont dépassé la température du sang, et étant devenues à l'état d'excréments indéfiniment retenus, ne nourrissent plus il est vrai le corps, mais ne peuvent lui nuire. Ces faits prouvent que ceux qui prétendirent qu'un jour à Rome, un homme avait vécu de l'humeur bilieuse, se sont grandement trompés, et il n'y a que des auteurs ignorants pour faire venir la bile de l'humeur phlegmoneuse.

En second lieu, il peut se présenter dans cette dissertation une nouvelle hypothèse. Par l'inspiration et l'expiration, et par suite du sommeil long et tranquille, dont jouit la jeune fille, le cœur ne pourrait-il pas, pendant ce sommeil, en humectant le cerveau, conserver aussi la chaleur vitale et animale, et, certaine matière pénétrante et séreuse, en redescendant de la tête dans les parties inférieures du corps, ne

restituerait-elle pas à ce dernier ce qui s'en exhale ou transpire? Mais, que l'alimentation du corps soit faite par l'humeur phlegmoneuse ou par les viscosités, qu'elle vienne du cœur, d'une grande humidité du cerveau ou de toute autre cause, je n'ai pas la prétention d'approfondir le fait. Je mets en première ligne ce que j'ai avancé, laissant à chacun la liberté de juger le cas comme il l'entend, de peur de passer pour paradoxal, en voulant rendre naturel et compréhensible un mystère plus obscur que l'origine des Cimmériens[1], mon dessein n'ayant été que de rapporter brièvement ce que j'ai vu comme une chose certaine. C'est pourquoi, s'il se trouve des personnes qui ne soient pas convaincues et qui traitent d'invraisemblable ce que j'ai vu durant le jeûne de la jeune fille, le seul mal que je leur souhaite, c'est qu'ils ne se voient jamais forcés de subir eux-mêmes cette maladie, même quelques jours, et amenés de la sorte, et bien malgré eux, à cette conviction. C'est ce que je désire également pour moi, qui, avant d'avoir examiné ce cas, étais l'homme le plus incrédule du monde, et aujourd'hui ne le suis plus.

Voici tout ce qu'a écrit Bucoldianus sur la jeune fille de Spire. Bien qu'il n'eût pour cette histoire qu'une médiocre admiration, et l'eût mise à la fin de ses narrations choisies parmi quelques récits de cette nature sur les jeûnes extraordinaires, nous avons jugé convenable de publier dans ce livre ce qu'il a recueilli des auteurs mêmes de ces récits, et de reproduire fidèlement ce qu'ils ont avancé. Nous commençons donc par mettre en première ligne la savante lettre écrite sur cette même jeune fille par Jean Langius.

(Traduit du latin par ALBIN ROUSSELET.) (*A suivre.*)

ASSISTANCE PUBLIQUE : LES ALIÉNÉS DANS LES HÔPITAUX ET HOSPICES DE PROVINCE.

On croirait qu'après la réforme dont Ph. Pinel a été le promoteur, après les améliorations réclamées par Esquirol, Ferrus et leurs élèves, après les transformations rendues nécessaires par la loi du 30 juin 1838, l'*assistance publique des aliénés* est parfaite. Eh bien! il n'en est malheureusement pas ainsi et il y a encore bien des réformes à opérer. Voici quelques faits à l'appui :

[1] Les Cimmériens étaient un peuple fabuleux de l'Italie.

1° A l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry, les deux cabanons sont situés au premier étage de l'ancien bâtiment de la boulangerie, au-dessus de « l'ensevelissoir », très loin de l'hôpital et loin de tout secours. Chaque cabanon possède une demi-fenêtre et une porte munie de deux forts verrous et percée d'un judas. Dans l'un des cabanons, sont disposés quatre montants en bois avec traverse, servant à recevoir une paillasse; dans l'autre il y a un lit en fer mobile. Les aliénés sont conservés *quinze* jours et quelquefois davantage. Les médecins de l'hôpital se plaignent d'autant plus vivement de cet état de choses qu'il n'y a personne pour garder ces malades.

2° L'Hôtel-Dieu d'Epernay dispose de deux cabanons, sans surveillance, éclairés par une ouverture pratiquée dans le toit, rappelant la forme d'une cheminée et dont la porte est munie de verrous et de barreaux. La fenêtre qui existait dans chaque cellule a été supprimée à la suite de la pendaison d'un aliéné. On envoie les malades au bout de deux ou trois jours, rarement plus, à l'asile de Châlons.

3° La Maison des vieillards et des orphelins de Lunéville possède deux cellules, situées dans un petit bâtiment de la basse-cour, contiguës d'un côté à la porcherie, de l'autre à la salle des morts, loin de toute surveillance. Ces cellules ont été construites en 1885-1886. Les malades sont gardés 4, 5 ou 6 jours.

4° A l'hôpital civil et militaire de Saint-Dié, le *cabanon* unique est placé dans un petit bâtiment isolé situé dans un coin du clos, à côté d'un ancien cabanon transformé en salle d'autopsie. Le malade y est abandonné à lui-même. Le cabanon a une porte pleine, sans judas, et est éclairé par une toute petite fenêtre munie de barreaux, percée immédiatement au-dessous du plafond. Les aliénés n'y séjournent que 24 ou 48 heures. Ils sont envoyés à l'hôpital d'Epinal et de là à Maréville.

5° Les trois cabanons de l'hôpital-hospice de Remiremont se trouvent dans un petit pavillon isolé situé dans la cour de la buanderie, dès chantiers et de la salle des morts. Le jour provient d'une petite fenêtre, de 20 centimètres sur 50 environ, située au voisinage du plafond. On ne peut s'en servir en hiver, parce qu'ils ne sont pas chauffés. En général, les malades sont dirigés sur l'hôpital d'Epinal au bout de deux ou trois jours. On a l'habitude, qui est loin d'être exempte de dangers, de conserver les aliénés tranquilles; nous en avons vu deux au mois de septembre dernier.

6° L'hôpital Saint-Maurice d'Epinal est doté d'un pavillon d'un étage, isolé de l'hôpital, placé dans un vaste jardin potager. Il est divisé en deux parties par un couloir et l'escalier. A droite sont les hommes et à gauche les femmes. Le rez-de-chaussée comprend les cellules avec préau extérieur, un cabinet avec baignoire, un réfectoire, le bureau des gardiens, etc. Le premier

étage est divisé en deux dortoirs. Le service est fait par un infirmier et une infirmière. Le pavillon reçoit les autres aliénés des autres hôpitaux du département. On les garde durant dix à quinze jours en observation, puis on les renvoie s'ils sont guéris, ou, en cas contraire on les dirige sur Maréville.

7° A Belfort, les cabanons sont au rez-de-chaussée d'un bâtiment dont le premier étage, dans un état misérable, est consacré à une autre catégorie de malades déshérités, les vénériennes. Ces cabanons qui servent de *cachot* à ces derniers[1] sont auprès de la buanderie et séparés par une cour du reste de l'hospice. Les aliénés y séjournent deux, trois semaines, parfois un mois avant d'être envoyés à l'asile de Dôle.

8° L'hôpital de la Charité de Langres possède deux cabanons situés dans le sous-sol, à côté des bains. Les aliénés n'y resteraient pas plus d'un jour ou deux.

9° A l'hôpital Saint-Nicolas de Bar-sur-Aube, les aliénés sont logés dans deux cabanons situés dans un des bâtiments de la basse-cour où on les garde une, deux ou trois semaines avant de les envoyer à l'asile de Saint-Dizier.

10° A Troyes, les cabanons sont dans un bâtiment isolé qui leur est commun avec les vénériennes. A cause de cette disposition, la surveillance laisse moins à désirer. On les conserve huit, quinze ou vingt jours avant de les envoyer à l'asile de Saint-Dizier.

Tous ces faits montrent combien l'assistance des aliénés laisse encore à désirer et que toute trace d'emprisonnement est loin d'avoir disparu. On doit blâmer la mauvaise organisation des cabanons ou plutôt des cachots ; — leur situation dans des bâtiments éloignés du reste de l'hôpital, dans des communs, à côté d'écuries, de telle sorte que le malade est absolument en dehors de toute surveillance. On doit blâmer le *séjour prolongé* des aliénés dans des cabanons-cachots et parfois aussi leur transfert d'un hôpital dans un autre, alors qu'il y aurait le plus grand intérêt à diriger le malade de suite sur l'asile de la circonscription.

Pour remédier à cette triste situation, il y aurait à réaliser *trois réformes*, dont deux n'entraîneraient aucune dépense.

Le Ministre de l'intérieur peut exiger de ses préfets et sous-préfets que les malades aliénés soient transférés dans les vingt-quatre heures à l'asile départemental. On ne conçoit pas qu'avec le télégraphe qui permet d'avoir vite une réponse sur les formalités administratives et avec les chemins de fer qui existent presque partout et ont rendu les communications rapides et commodes, on abandonne les malades dans des cabanons, sans soins, sans traitement, exposés à des accidents de tout genre. Nulle

[1] Cette pratique existe dans d'autres hôpitaux.

difficulté non plus, au sujet de l'interdiction du transfert successif des aliénés dans deux hôpitaux : un ordre formel aux préfets et ces voyages dispendieux, et non sans périls, seraient supprimés.

Reste la transformation des cabanons en *chambres d'isolement* convenablement disposées et ne rappelant plus en rien le souvenir de l'emprisonnement. Nous estimons qu'elle pourrait s'opérer facilement par l'intermédiaire des préfets donnant des instructions précises aux maires, présidents des commissions hospitalières, et aussi par l'intermédiaire des inspecteurs des établissements de bienfaisance, qui verraient comment et dans quelle mesure les prescriptions ministérielles ont été exécutées. BOURNEVILLE.

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS.— Nominations : M. le Dr LEMOINE, médecin adjoint à l'asile public d'Armentières, est nommé aux mêmes fonctions à l'asile public de Bailleul (arrêté du 28 mai). — M. le Dr Gilbert PETIT, ancien interne des asiles publics de la Seine, est nommé médecin adjoint (2e classe) à Armentières, en remplacement de M. Lemoine (arrêté du 28 mai). — M. le Dr P. KÉRAVAL, médecin en chef de la colonie d'enfants arriérés de l'asile de Vaucluse, a été nommé médecin-directeur de l'Asile de réforme d'Izeure (Allier), appartenant au département de la Seine.

LA MANIE DE CONSTRUIRE DES ASILES EN ECOSSE. — On dit des Ecossais qu'ils sont très portés à l'économie. On ne le croirait pas à voir leur passion croissante pour les énormes asiles du nord de la Twed, si ça n'était pas un fait acquis que la construction des asiles est positivement une manie. S'il n'en était pas ainsi, un peuple clairvoyant et de sens ne serait jamais assez entêté pour dissiper plusieurs centaines de mille livres chaque année, comme nous faisons, à chercher des asiles pour les fous, au lieu de se pourvoir d'hôpitaux de moyenne grandeur pour leur cure rapide. Nos lois et notre système d'asiles tend directement à la culture des maladies mentales dans leurs formes chroniques. Les obstacles que la loi dans sa bêtise bienveillante met à un prompt traitement et la pratique de grouper les fous dans de vastes caravansérails, et de les traiter par catégories et non individuellement, se combinent pour rendre improbable une guérison rapide. Il n'y aura pas de changement radical à cet égard, tant qu'on ne regardera pas les fines lésions du cerveau, aussi bien que les lésions de l'écorce, comme une maladie ordinaire. C'est la sépation entre les maladies physiques avec symptômes mentaux et les

maladies physiques sans ces phénomènes nommés arbitrairement psychiques, quoiqu'il puisse y avoir du délire ou de l'excitation impulsive, qui crée l'anomalie et fait tout le mal. Nous sympathisons de tout cœur avec les contribuables qui gémissent de l'aménagement des futurs asiles d'aliénés, et nous espérons seulement qu'ils auront le courage d'y mettre un terme. (*The Lancet*, février 1887.) En d'autres termes, mais sans être aussi absolu, nous dirons que la tendance vraiment progressive c'est de rapprocher le plus possible les *Asiles* des *Hôpitaux* ordinaires.

Nécrologie. — Le Dr James Stewart Jewell, de Chicago, est décédé le 18 avril dernier. Il était malade depuis environ cinq ans, et depuis longtemps déjà, sa santé était très affaiblie. Né le 8 septembre 1837 à Galena, il prit ses grades au collège médical de Chicago en 1860, et deux ans après, s'établit dans cette ville, où il resta, s'occupant avec activité de sa clientèle jusqu'au moment de sa mort. De 1864 à 1869, il fut professeur d'anatomie, et, depuis 1872, il occupa la chaire des maladies mentales et nerveuses. En 1874, il fonda le *Journal des maladies mentales et nerveuses*, dont la prospérité ainsi que l'érudition sont connues. Le Dr Jewell organisa encore l'*American neurological Association*. C'était un esprit philosophique et laborieux, un médecin savant et pratique à la fois. Il a rendu en neurologie de sérieux services à la science américaine. (*Medical Record*, N. Y., 23 avril 1887. (A. R.)

Bibliographie méthodique des livres de médecine, chirurgie, pharmacie, Art vétérinaire, etc., 1860-1887, suivie de la table générale des noms d'auteurs par ordre alphabétique. Brochure in-8° de 50 pages. — Cette Bibliographie sera envoyée gratuitement aux abonnés des *Archives de Neurologie* sur leur demande. S'adresser à M. Maloine, libraire, 91, boulevard Saint-Germain.

Richet (Ch.). — *Essai de psychologie générale.* Volume in-18 de 175 pages. — Prix : 2 fr. Paris, 1887. — Librairie F. Alcan.

Lichtivitz (L.). — *Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens et les zones hystérogènes des muqueuses.* Recherches cliniques. Volume in-8° de 182 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, 1887. Librairie J.-B. Baillière et fils.

Leegaard (Chr.).— *Elektrotherapie. En kort Fremstilljng for Luger oy studerente.* — Kristiania, 1887. — Forlagt of H. Aschehoug et Cie.

Ziemssen (H.). — *Die elektricitat in der medicin.* Volume in-8° de 462 pages, avec 60 figures et une planche lithographique. Berlin, 1887, Hirschwal.

Lloyd (J.-H.). — *Moral insanity : A plea for a more exact cerebral pathology.* Brochure in-8° de 17 pages. Extrait du *Journal of nervous and mental disease.* — New-York, 1886. — Vail et C°, publishers.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 787.

Vol. XIV. Septembre 1887. N° 41

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE NERVEUSE

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DES MONOPLÉGIES PARTIELLES DU MEMBRE SUPÉRIEUR, D'ORIGINE HYSTÉRO-TRAUMATIQUE;

Par H. RENDU, médecin agrégé de l'hôpital Necker.

La réalité des paralysies hystéro-traumatiques n'est plus aujourd'hui à démontrer, et depuis deux ans, grâce aux travaux de M. Charcot et de ses élèves, la question a fait assez de progrès pour avoir pris droit de domicile dans la pathologie courante. On sait actuellement que tous les ébranlements qui impressionnent brusquement certains organismes prédisposés peuvent déterminer des accidents divers, d'ordre purement psychique, caractérisés tantôt par une douleur fixe articulaire, tantôt par une contracture rigide, le plus souvent par une paralysie flasque.

Il n'est pas besoin pour produire ces effets d'un traumastisme intense : un simple choc, à peine douloureux par lui-même, est susceptible, dans des conditions déterminées, d'éveiller la prédisposition nerveuse et d'amener tous les phénomènes considérés comme caractéristiques de l'hystérie; et cela, non seu-

lement à l'instant où s'exerce le traumatisme, mais plusieurs jours, plusieurs semaines après. Les leçons de M. Charcot, les thèses de Renard[1], de Quinqueton[2], de Bataille[3], de Méchin[4], celle si complète de M. Berbez[5] sont pleines de faits de ce genre, qui jettent un jour tout nouveau sur l'interprétation de certaines paralysies plus ou moins généralisées, du sentiment et du mouvement.

Notre intention, dans cette note, n'est pas de revenir sur l'histoire générale de la paralysie psycho-traumatique, mais d'insister sur certaines monoplégies partielles dont les allures cliniques sont assez spéciales, encore incomplètement connues, et qui, bien que liées intimement à l'hystérie, pourraient être au premier abord facilement méconnues, tant la névrose qui leur donne naissance est peu évidente. Nous voulons parler, plus spécialement, de la paralysie partielle limitée à la main et à une portion de l'avant-bras que nous avons observée récemment sur une jeune fille à titre d'accident névropathique exclusif, et dont il existe quelques autres exemples.

Avant d'exposer l'histoire de notre malade, il convient de revenir en quelques lignes sur la description des monoplégies hystéro-traumatiques du membre supérieur, afin d'être bien fixé sur leurs allures cliniques.

Les monoplégies complètes du bras et de l'avant-bras sont assez fréquentes : il semble même que ce

[1] Gilbert Renard. — *De la contracture hystérique traumatique*. Th. 1886.

[2] Quinqueton. — *De l'hystérie chez l'homme*, 1886.

[3] Bataille. — *Traumatisme et névropathie*, 1886.

[4] Méchin. — *Contribution à l'étude clinique des monoplégies brachiales hystériques*. Thèse 1887.

[5] Berbez. — *Hystérie et traumatisme*. Thèse de Paris 1887.

soient les plus communes parmi les paralysies psychiques d'origine traumatique. Elles affectent d'ordinaire la forme flasque, celle dans laquelle le membre pend le long du corps, incapable d'être soulevé ou écarté du tronc. Tous les muscles sont en pareil cas intéressés, y compris ceux de l'épaule. Il n'y a ni contracture, ni roideur musculaire, ni crampes, ni douleurs spontanées : l'inertie est totale. La sensibilité ne manque jamais d'être affectée d'une façon parallèle, et toutes ses modalités sont simultanément touchées à des degrés variables, y compris la sensibilité articulaire.

M. Charcot a insisté sur deux caractères qui, à première vue, prouvent d'une façon presque absolue la nature psychique de ces paralysies. Le premier consiste dans la circonscription très particulière des troubles de la sensibilité et du mouvement, qui s'arrêtent brusquement, en procédant par segments de membres, sans suivre la topographie anatomique des nerfs : le second est tiré de la façon dont se comportent les muscles sous l'influence de l'électricité. La contractilité faradique en effet, n'est point abolie au niveau des régions paralysées, et l'on n'a jamais constaté jusqu'à présent la réaction de dégénérescence, quelle que fût l'ancienneté de la paralysie.

D'ordinaire, avons-nous dit, la monoplégie brachiale est flasque d'emblée : cependant il y a des exceptions à cette règle, et la première phase des accidents peut être une contracture. Ainsi, dans l'observation de Chauffard[1], une chute sur la paume des mains, à la suite de la rupture d'une échasse, donne

[1] A. Chauffard. — *Gaz. hebd. de méd.*, nº 21, p. 341, 1886.

lieu à une vive douleur dans le membre supérieur gauche. D'abord limitées à l'avant-bras et à la main, ces douleurs s'étendent en quelques jours jusqu'à l'épaule et s'accompagnent d'une impotence fonctionnelle de plus en plus grande. En moins de huit jours, survient une contracture de tout le membre accompagnée de rigidité et d'hypéresthésie cutanée, qui persiste pendant une année entière. Puis brusquement, à la suite d'application de courants continus, cette contracture disparaît et fait place à une paralysie flasque fonctionnelle, laquelle dure deux ans et ne cesse que sous l'influence du massage.

Il est à remarquer que dans ce fait, ainsi du reste que dans la plupart des cas de paralysie psycho-traumatique, il n'y a pas une corrélation immédiate ni instantanée entre la paralysie (ou la contracture) et le choc. C'est d'ordinaire plusieurs jours après l'accident que se montre l'impotence fonctionnelle; tout d'abord le malade est endolori, comme après une simple contusion; la gêne dans les mouvements, la lourdeur et l'inertie du membre, ne viennent que tardivement: on dirait que le malade prépare et médite sa paralysie: l'expression est de M. Charcot.

Cela est si vrai, que l'intensité du choc joue en réalité un rôle secondaire, et que les faits cliniques nous montrent la monoplégie brachiale succédant aussi franchement à une contusion médiocre qu'à un violent traumatisme. Le relevé des observations les plus connues de paralysie du membre supérieur est, à cet égard, singulièrement instructif.

Voici des cas où le traumatisme initial paraît avoir eu une certaine importance.

Le malade présenté par Troisier à la Société médicale des hôpitaux (23 mars 1885) et adressé par lui à M. Charcot, était un cocher qui, tombant de son siège, se contusionna fortement l'épaule. La paralysie du mouvement et de la sensibilité survint cinq ou six jours après l'accident. (Voir Charcot, IIIe vol., 20e et 21e leçons.)

Dans le fait de Mercklen également étudié par M. Charcot (IIIe volume, appendice 1, 2; p. 458 et Berbez, obs. XXVI de la thèse), il s'agissait d'un homme de peine tamponné à l'épaule entre un wagon et une locomotive : malgré une forte contusion accompagnée d'ecchymose, il n'y avait eu ni fracture ni luxation; mais l'ébranlement et aussi l'impression morale avaient été assez intenses pour que le malade perdît connaissance pendant vingt minutes. Les jours suivants, il y eut de l'affaiblissement progressif des membres, et finalement, une monoplégie complète du membre supérieur s'accentuant d'autant plus que la motilité revenait dans les membres inférieurs. Ici encore, le développement de l'inertie fonctionnelle avait été progressif[1].

Citons enfin le fait de Duponchel (*Gaz. des hôpit.*, 16 oct. 1886) qui concerne un cavalier lequel tombe de cheval et se fait une fracture du radius. On le panse, on l'immobilise, et ce n'est qu'après la levée de l'appareil, deux mois après l'accident, que l'on constate une monoplégie brachiale, évidemment hystérique.

En regard des observations où le choc a été violent et capable de causer un ébranlement général, il en

[1] Ces malades ont été présentés par M. Terrillon à la Société de chirurgie, 29 mai 1885.

est d'autres où la paralysie a succédé à un traumatisme insignifiant. Ainsi, un jeune homme de vingt ans, observé par Féréol, eut une monoplégie tenace du membre supérieur, à la suite d'un léger coup sur l'épaule; un autre individu, soigné par le même médecin, avait eu également une parésie analogue, sous l'influence d'un choc (cité par Berbez). Nous avons eu nous-même l'occasion de présenter à la Société des hôpitaux (27 novembre 1885) un malade atteint de monoplégie du membre supérieur droit, avec hémianesthésie sensitive et sensorielle, consécutive à une compression légère de l'épaule, survenue pendant le sommeil de l'ivresse. Là encore, les phénomènes paralytiques furent aussi accusés et aussi durables que dans les cas de traumatismes graves.

Ce qui frappe dans l'histoire de tous ces malades, c'est la présence constante, avec fort peu de variantes, des stigmates de l'hystérie. A côté du fait matériel de la paralysie, on retrouve les principaux traits de la névrose, avant tout les troubles de la sensibilité générale et spéciale. L'hémianesthésie sensitive et sensorielle fait rarement défaut; quelquefois même, la surface totale des téguments est frappée d'insensibilité, ou bien encore présente des plaques d'anesthésie disséminées. Ailleurs, ce seront des zones hypéresthésiques, alternant avec l'anesthésie, qui décèleront la nature de la névrose, Enfin, la recherche des points hystérogènes, susceptibles de déterminer par compression, soit de vraies attaques de nerfs, soit des auras incomplètes, vient encore presque toujours confirmer le diagnostic.

De tous ces stigmates hystériques, le plus constant

et le plus sûr est sans aucun doute le rétrécissement concentrique du champ visuel dont M. Charcot a démontré toute l'importance. Les modifications dans la perception des couleurs, signe clinique moins facilement palpable, mais très topique quand il existe; la polyopie monoculaire accompagnée le plus souvent de perte de l'appréciation de la grandeur des objets (macropie ou micropie), enfin l'anesthésie pharyngienne constituent des signes confirmatifs qui dans les cas douteux rendent les plus grands services.

Nous sommes maintenant en mesure d'analyser les cas frustes de monoplégie brachiale psycho-traumatique, ceux dans lesquels un segment de membre, le plus souvent la main et l'avant-bras, se trouve seul intéressé.

Tout d'abord, il est des circonstances où le diagnostic s'impose en quelque sorte; c'est quand la paralysie partielle est manifestement consécutive à une attaque d'hystérie bien caractérisée. Dans ces conditions, l'impotence fonctionnelle de la main n'est qu'un épisode (souvent tenace et durable, il est vrai) d'une monoplégie, voire même d'une hémiplégie passagère. Lumbroso[1], dans un intéressant mémoire sur la paralysie hystérique cite un fait de ce genre. Nous le reproduisons en le résumant.

Observation I. — Cesira Poli, âgée de vingt-trois ans, modiste, raconte que sept jours auparavant, elle fut prise d'un accès convulsif qui dura une heure, sans perte de connaissance,

[1] Giacomo Lumbroso. — *Contributo alla diagnosi delle paralisi isteriche* (*Lo Sperimentale*, nov. et décembre 1886).

ni morsure de la langue, ni coma consécutif. Immédiatement après l'attaque, elle remarqua qu'elle éprouvait une certaine difficulté à remuer le bras droit, lequel était d'autre part, animé de certains mouvements rhytmés involontaires (athétose). Ces mouvements allèrent s'atténuant, à mesure que l'impotence fonctionnelle faisait des progrès : bientôt la parésie s'accusa dans tout le membre supérieur.

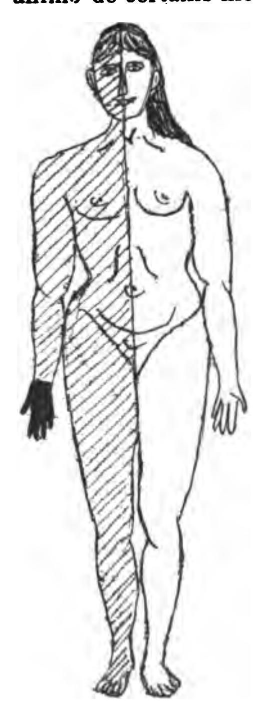


Fig. 12.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate l'état suivant : Parésie du membre supérieur droit, portant exclusivement sur la main et sur le poignet. Les muscles de l'épaule, du bras et de l'avant-bras ont conservé leur force. La malade peut à peine fermer la main et tenir sa cuiller pour manger : le long supinateur est épargné. Pas de rigidité musculaire sous l'influence des mouvements passifs; réflexes tendineux normaux, réflexes cutanés abolis ; sens musculaire perdu. La sensibilité sous toutes ses formes est nulle jusqu'à un centimètre au-dessus du poignet ; là la zone anesthésique se termine par une manchette circulaire. La sensibilité générale est un peu diminuée dans tout le côté droit du corps, mais cette diminution de la sensibilité n'est pas comparable à l'anesthésie absolue de la main et du poignet. L'odorat et la vue sont diminués à droite, l'ouïe et le goût normaux. Il existe de l'ovaralgie gauche et des points hypéresthésiques au sternum et le long de la colonne vertébrale. Dyschromatopsie légère pour le rouge et le vert. Application de courants continus de la nuque à l'avant-bras ; disparition rapide de la paralysie et de l'anesthésie, persistance de l'hypéresthésie et des troubles visuels. (*Fig.* 12.)

L'interprétation de ce fait ne laisse ici aucun doute. L'attaque d'hystérie ouvre la scène, entraîne à sa

suite l'impotence fonctionnelle de tout le bras, avec des mouvements choréiformes, et la paralysie sensitivo-motrice de la main et du poignet est la conséquence évidente de l'ébranlement nerveux dont la crise convulsive était la manifestation.

Voici maintenant un cas plus complexe où la monoplégie partielle de la main et de l'avant-bras se montre à l'occasion d'un traumatisme léger chez un individu atteint déjà de paraplégie psycho-traumatique à la suite d'une contusion des membres inférieurs. Nous empruntons cette curieuse observation aux Leçons de M. Charcot, IIIe volume, appendice n° I, 1887 (Obs. XXIV, p. 106), rapportée dans la thèse de M. Berbez[1].

Observation II. — Joseph Lelogeais, vingt-neuf ans, garçon de cuisine, raconte que, traînant une charrette à bras, il a été heurté par une voiture de blanchisseur qui l'a renversé et dont une roue lui a passé au travers du corps, vers la racine des membres inférieurs. On le relève sans connaissance. Renseignements pris, le fait est reconnu inexact : la roue de la voiture ne lui a nullement passé sur le corps, et tout se borne à une chute violente sur le trottoir, à une ecchymose de la hanche et à une très vive impression de frayeur. Le malade reste sans connaissance pendant deux jours, puis reprend ses sens, se remet à marcher et quitte l'hôpital au bout de six jours, encore souffrant mais nullement paralysé.

Quelque temps après, étant chez lui, il éprouve un sentiment de malaise, une boule qui lui remonte vers le larynx et perd connaissance. On le transporte à l'Hôtel-Dieu, où il reste quatre jours inconscient, en proie à de violents maux de tête, et presque paraplégique. Il reste incessamment sous le coup de l'impression de son accident, dont il évoque le souvenir dans ses rêves.

On constate les symptômes suivants : Amnésie très accusée, faiblesse extrême, anesthésie complète des membres inférieurs

[1] Nous résumons les grands traits de l'histoire de ce malade, renvoyant pour les détails à la lecture du texte original.

à la piqûre et au froid, se terminant brusquement par une ligne circulaire qui suit le pubis et le pli de l'aine jusqu'au coccyx en arrière. Sens musculaire et sensibilité articulaire abolis ; le malade n'a pas la notion de la position de ses membres.


Fig. 13.

Les mouvements sont nuls aux cuisses et aux jambes, bien que les muscles puissent encore se contracter, et qu'il soit capable de remuer les orteils ; la résistance aux mouvements passifs est nulle.

Il existe également de nombreux stigmates hystériques : céphalée gravative, hémispasme de l'orbiculaire buccal, rétrécissement du champ visuel, abolition de l'odorat du côté droit et du goût, anesthésie pharyngienne et cornéenne. Accès de suffocation amenant du spasme laryngé et des phénomènes de cyanose. (*Fig.* 13.)

« Six mois après, à la fin de décembre, le malade se mord le dos de la main dans une attaque et se fait une ecchymose légère. Il survient une paralysie en manchette de l'avant-bras (sensibilité et mouvement). Cette paralysie monte jusqu'au coude. Disparition subite de la paralysie le 5 janvier au réveil. »

Il est regrettable que l'observation de M. Berbez ne donne pas plus de détails sur cette dernière paralysie localisée à l'avant-bras et à la main : toutefois, l'ensemble de l'histoire de ce malade ne laisse place à aucun doute sur la nature de ce phénomène. Il s'agit bien là d'un sujet chez lequel un traumatisme violent et surtout une frayeur considérable éveillent une hystérie grave et une paraplégie psychique des membres inférieurs. Pendant des mois, les membres supérieurs

sont respectés, lorsque, dans une crise, le malade se mord accidentellement et légèrement le dos de la main. Immédiatement cette main se paralyse. Evidemment, il faut faire la part de l'attaque qui a mis le système nerveux dans un état de vibration spéciale; mais on ne saurait méconnaître le rôle de la morsure, si légère fût-elle, car c'est elle qui semble avoir déterminé la localisation de cette dernière paralysie. Il se passe là des phénomènes absolument comparables à l'engourdissement momentané qui suit un choc sur la main, et qui disparaît au bout de quelques secondes : seulement, chez les prédisposés, cette impression persiste et engendre la notion cérébrale d'une paralysie plus ou moins durable.

L'observation suivante que M. Charcot a eu l'obligeance de me communiquer, rentre dans la même catégorie. Il s'agit encore d'une irritation légère, mais persistante, de l'articulation du poignet gauche, qui détermine, en même temps que des phénomènes d'hystérie générale, une paralysie partielle sensitivo-motrice de la main et de l'avant-bras gauche. Chez cette malade comme chez le précédent, la paralysie semble avoir été la première manifestation d'une hystérie demeurée jusqu'alors absolument latente.

Observation III. — Amélie Bonnefons, âgée de quatorze ans et demi, entre le 9 mars 1887 dans le service de M. le professeur Charcot, salle Duchenne de Boulogne. Les antécédents héréditaires sont incomplètement connus. Son père est bien portant, mais la malade ne connaît pas sa mère, et de ce côté, l'hérédité névropathique peut exister sans qu'on puisse la démontrer. Personnellement, cette jeune fille n'a jamais eu d'autre maladie qu'une grave atteinte de choléra, en 1884.

En 1885, il s'est développé, au niveau de l'articulation radio-

carpienne gauche, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, qui la faisait souffrir, surtout à la pression. Soignée à Saint-Antoine par des applications de teinture d'iode et l'immobilisation, elle fut guérie en six mois. Mais, à partir de cette époque, la main gauche a commencé à s'affaiblir et la malade dut être retirée de la maison où elle était en apprentissage. Elle ne souffrait plus du poignet; les mouvements étaient conservés, mais la main était devenue extrêmement faible et laissait tomber les objets. Depuis deux mois, il existe quelques mouvements choréiques aux membres supérieurs.

Au moment de son entrée à l'hôpital (9 mars 1887), on constate les signes suivants : la forme et l'aspect du membre supérieur gauche ne sont pas modifiés. Il existe une parésie du membre supérieur, il est très difficile à la malade de porter la main sur la tête. La face n'est point paralysée. Le goût, l'odorat, sont diminués à gauche. L'examen des yeux montre l'existence d'un rétrécissement concentrique prononcé du champs visuel de l'œil gauche. Rien à droite. Il y a, du côté gauche, une hémianesthésie au tact, à la douleur et à la température ; le sens musculaire est aboli. (*Fig.* 14.)

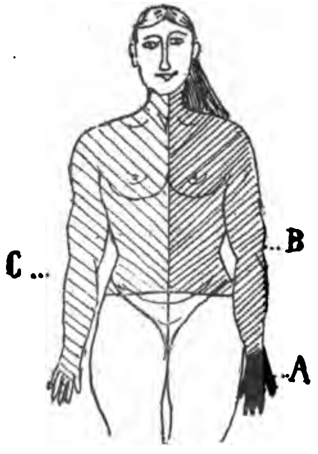


Fig. 14.

A, anesthésie totale ; — B, anesthésie incomplète ; — C, sensibilité légèrement diminuée.

On applique le jour de l'entrée un aimant auprès du bras gauche. Au bout de trois quarts d'heure, la sensibilité est revenue partout, sauf à la partie inférieure de l'avant-bras gauche et à la main. La parésie s'est atténuée ; le transfert l'autre côté du corps ne s'est pas produit.

25 *avril.* — L'état actuel est devenu le suivant : pas de modifications dans la forme, l'aspect extérieur, la coloration et la température du membre affecté.

Mouvements. — Rien d'anormal dans les mouvements de l'épaule, du bras et du coude. Ceux de l'articulation radiocarpienne sont conservés, mais très affaiblis ; de même pour

les mouvements des doigts. La main semble lourde à la malade, elle laisse tomber les objets qu'elle porte.

Les muscles de la main ont conservé leurs propriétés électriques, mais il sont un peu amaigris et moins forts qu'à l'état normal. Le mouvement d'opposition du pouce, par exemple, est possible, mais affaibli, de même pour l'action des interosseux. Au dynamomètre, on obtient : pour la main droite, 22 ; pour la main gauche, 15.

Sensibilité. — La sensibilité cutanée est peu développée en général. Ainsi, du côté sain, on peut enfoncer une épingle assez profondément dans la peau du bras sans faire crier la malade qui accuse seulement un peu de douleur. La diminution de la sensibilité de ce côté porte sur la moitié antérieure du tronc et sur le membre supérieur tout entier. Le ventre et les membres inférieurs ont leur sensibilité normale. A gauche, la sensibilité est également émoussée sur le tronc et sur le membre supérieur (voir *le schéma*), mais les phénomènes les plus intéressants s'observent au poignet et à la main. Celle-ci présente une anesthésie absolue qui remonte à 2 ou 3 centimètres sur le poignet, de façon à figurer un véritable gant. Sur toute l'étendue de la main, la malade ne sent pas quand on la pique et elle ne distingue pas le chaud du froid.

La sensibilité profonde est abolie ; le sens musculaire est perdu en ce qui concerne les doigts et le poignet. — L'odorat, l'ouïe, le goût sont normaux et il n'y a aucune différence entre le côté gauche et le droit. — Pas d'anesthésie du pharynx, pas de rétrécissement du champ visuel ; aucun point hystérogène. Il est impossible de provoquer des contractions à l'aide de la bande d'Esmarch. Depuis quelques jours, les mouvements choréiques qui existaient lors de la rentrée de la malade à l'hôpital et qui avaient disparu ont de nouveau reparu.

30 *avril.* — Même état. Mais le sens musculaire a reparu au poignet et aux doigts.

Dans les trois cas que nous venons de passer en revue, les stigmates de l'hystérie étaient assez accentués pour permettre sans hésitation, d'affirmer la nature psycho-traumatique de la paralysie. Voici maintenant un fait encore plus curieux, dans lequel la mo-

noplégie partielle constitue l'unique manifestation de la névrose. Il s'agit d'une jeune fille à laquelle je donne des soins depuis deux ans, qui n'a jamais présenté la moindre tendance aux crises nerveuses et chez laquelle, même maintenant, l'observation la plus attentive ne peut déceler aucun stigmate hystérique. Il y a quelques années, la genèse de cette monoplégie eût été inexplicable, et même avec les notions actuelles sur les paralysies psychotraumatiques, nombre de médecins hésiteraient encore aujourd'hui à se prononcer devant un fait aussi insolite. Néanmoins l'analogie absolue des symptômes et de la marche de ce cas, comparé aux précédents, ne laisse suivant moi, aucune prise au doute.

Observation IV. — Mlle V..., âgée de dix-sept ans, grande et bien constituée, jouissait d'une parfaite santé, lorsqu'elle est tombée accidentellement, il y a près de quatre ans, en faisant un faux pas dans un escalier, et s'est foulé le poignet droit. Il en est résulté une douleur assez vive et la nécessité de garder la main en écharpe pendant une dizaine de jours. L'accident en lui-même fut insignifiant.

Cependant, à partir de cette époque, Mlle V... remarqua que les mouvements du poignet sans être plus difficiles, étaient un peu gênés. C'était surtout en jouant du piano qu'elle s'en apercevait; elle se fatiguait plus vite à cet exercice. Tout d'abord, sa mère n'y prit pas garde, et crut même que sa fille saisissait ce prétexte pour se dispenser d'étudier sa musique. Les choses en restèrent là pendant plus d'un an, la jeune fille se plaignant toujours d'une certaine fatigue de l'avant-bras droit, et incapable au demeurant de jouer du piano plus d'une heure de suite.

En 1886, sous l'influence de quelques troubles de la santé générale qui avaient amené un notable degré d'anémie, cette fatigue musculaire locale s'accrut considérablement, et il devint impossible à Mlle V... de jouer du piano, sans éprouver des malaises notables. Au bout de quelques minutes, elle com-

mençait à ressentir dans l'avant-bras des crampes et des douleurs assez vives qui ne cessaient que par le repos de la main, et qui même ne disparaissaient pas de suite. Après avoir essayé de diminuer les heures d'étude, puis de les supprimer momentanément pendant quelques jours, il fallut y renoncer complètement, et suspendre pendant deux mois toute leçon de musique. C'était d'ailleurs la saison des vacances, et le séjour au grand air, joint au repos complet de l'avant-bras, ne tarda pas à faire disparaître toute douleur. La malade se crut guérie, et à son retour à Paris, au mois de novembre dernier, elle se remit à l'étude comme par le passé, ne conservaut plus, en apparence, aucune trace de son affection. Mais ce mieux ne fut pas de longue durée. Trois semaines après, les douleurs reparaissaient, non plus sous la forme de crampes, mais avec les allures d'une fatigue douloureuse du poignet : en même temps la faiblesse s'accentuait, au point que Mlle V... avait de la peine à soulever de la main droite des objets d'un poids peu considérable et qu'elle portait difficilement une carafe pleine d'eau. Ce fut seulement alors que Mme V... attira mon attention sur l'état de sa fille et me pria de l'examiner au point de vue de cette faiblesse qui lui semblait étrange.

Voici ce que je constatai :

A première vue, l'avant-bras et la main du côté droit, paraissent tout à fait normaux et absolument semblables à leurs congénères du côté gauche. Les téguments ne sont ni pâles, ni violacés; la circulation s'y fait bien; rien n'indique l'apparence d'un état morbide.

Les mouvements voulus du poignet et de la main sont tous possibles. Mlle V... peut redresser, fléchir le poignet, le porter dans l'abduction ou dans l'adduction, sans aucune difficulté quand on le lui commande, même lorsqu'elle a les yeux fermés. Il n'y a donc pas de paralysie, au sens propre du mot. Il n'y a pas non plus de contracture, car les mouvements spontanés, de même que les mouvements provoqués, s'exécutent sans aucune roideur musculaire.

Il en est de même des mouvements des doigts qui ont conservé leur agilité et courent sur les touches du piano comme par le passé, avec cette différence que la fatigue arrive de suite au bout de quelques minutes d'exercice.

Les symptômes les plus saillants sont la perte de la force musculaire, et les troubles de la sensibilité. La diminution des

forces est telle, qu'il est impossible à Mlle V... de tenir un objet tant soit peu lourd avec sa main droite. Instinctivement elle se sert de sa main gauche pour tous les mouvements qui demandent un certain effort, tels que déplacer une chaise, porter une carafe, etc. Au dynamomètre, elle donne facilement avec la main gauche une pression de 40 kilog., tandis que de la main droite elle n'arrive pas à 4 kilogr. Il y a donc une impotence fonctionnelle complète de ce côté, bien que tous les mouvements soient en apparence conservés.

La sensibilité présente des perturbations non moins considérables. Le contact est encore perçu bien qu'il soit émoussé. En touchant légèrement le dos ou la paume de la main avec le pulpe du doigt, la malade ne s'aperçoit pas de la sensation de contact, quand elle n'a pas vu le doigt se poser sur elle, et pourtant elle apprécie encore des sensations assez fines. Ainsi elle ramasse sans difficulté une aiguille ou une épingle, même sans les voir, quand on lui place la main dessus; elle se rend compte également de la présence d'une feuille de papier interposée entre sa main et la table, etc. Il y a donc, en somme, affaiblissement, mais non disparition de la sensibilité tactile.

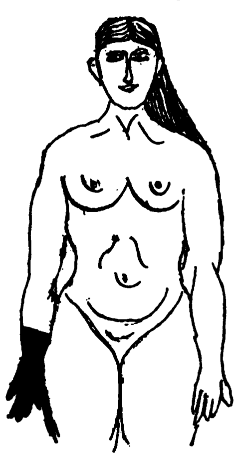


Fig. 15.

Par contre, la sensibilité à la douleur et l'appréciation de la température sont presque complètement abolies. On peut pincer, piquer la peau, sans que la malade perçoive autre chose qu'une impression de contact : elle est également incapable de distinguer le chaud du froid, sauf pour les températures extrêmes : il y a quelques semaines, elle s'est brûlée accidentellement un doigt avec de l'eau chaude sans le sentir.

La sensibilité articulaire est également altérée. On peut croiser les doigts, les placer dans des positions anormales, les faire chevaucher les uns sur les autres, sans que la malade ait la notion de la position de ses phalanges. En redressant les doigts de façon à forcer le mouvement de l'articulation métacarpienne, la malade n'éprouve ni douleur, ni sensation pénible, bien que cette extension anormale soit poussée à ses

plus extrêmes limites. La sensibilité propre des surfaces articulaires est donc totalement abolie.

Il semble également que le sens musculaire soit très émoussé. La malade n'a évidemment pas la conscience nette du degré d'effort à faire pour produire un mouvement déterminé, pour fournir une pression un peu soutenue par exemple : mais il est possible que l'anesthésie joue le principal rôle dans ce phénomène.

La distribution de ces troubles sensitifs est très particulière. L'anesthésie occupe toute la main droite, la région du poignet et s'arrête brusquement à 8 ou 9 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire, n'atteignant pas tout à fait la moitié de l'avant-bras.

Elle dessine donc une sorte de manchette, dont la partie supérieure se termine par un sillon circulaire presque régulier. Au-dessus, les téguments ont leur sensibilité normale, au-dessous, l'analgésie est absolue, sans zone de démarcation intermédiaire. Cette disposition est bien caractéristique, car elle ne concorde ni avec la distribution anatomique des nerfs cutanés superficiels de l'avant-bras, ni avec celle des branches profondes.

Les réactions électriques méritent également d'être étudiées. La contractibilité faradique est parfaitement conservée, et les muscles de l'avant-bras et de la main droite répondent à l'excitation électrique aussi promptement et aussi vigoureusement que ceux du côté sain, avec cette différence que la douleur due au contact des éponges est très nettement perçue par la main gauche, tandis qu'elle n'est pour ainsi dire pas sentie par la main droite. C'est le résultat de l'analgésie que nous avons signalée comme un des principaux symptômes.

Ainsi, la sensibilité électrique est émoussée mais la contraction musculaire reste intacte, fait très important qui prouve l'intégrité de la fibre musculaire.

Les courants continus ne provoquent aucune réaction appréciable : avec une pile de Chardin de 12 éléments, la peau rougit, et au moment de l'interruption du courant la malade éprouve la sensation de la secousse musculaire, mais tout se passe comme à l'état normal et l'on n'observe pas la réaction de dégénérescence.

Il semble cependant qu'il y ait un léger degré d'atrophie musculaire au niveau des muscles de l'éminence thénar, par-

ticulièrement du court adducteur du pouce droit. Comparé à son congénère du côté opposé, il paraît un peu aminci, moins épais, comme s'il avait subi un certain amaigrissement; l'espace interdigital offre un petit méplat qui n'existe pas à gauche, mais somme toute, il s'agit là de nuances peu prononcées, et qu'il faut de l'attention pour découvrir.

Il n'existe aucun trouble trophique au niveau des régions anesthésiées: la peau de la main n'est pas altérée, on ne constate, ni sueurs locales, ni effacement des plis des phalanges ni modification des ongles, ni changements dans la température locale.

La santé générale est bonne. Cependant la malade est pâle et offre un certain degré d'anémie, elle est restée longtemps sans appétit et mal réglée, mais depuis quelques mois, ses fonctions digestives ont repris toute leur activité, et la menstruation est redevenue régulière.

Bien qu'impressionnable, la malade n'a jamais eu d'attaques de nerfs, ni aucun phénomène hystériforme (sensation de boule, etc.), elle est fort intelligente, très maîtresse d'elle-même et nullement habituée à s'écouter; l'énergie est même la qualité dominante de son caractère, et elle n'aime pas à s'occuper de sa santé.

L'examen des organes des sens ne révèle aucune modification fonctionnelle appréciable. Il n'y a ni rétrécissement du champ visuel ni perte de la sensation des couleurs; pas de troubles de l'odorat, du goût et de l'ouïe, aucune différence entre la sensibilité générale du côté droit et du côté gauche de la face, point d'anesthésie pharyngienne ni de points hystérogènes; aucun des stigmates, en un mot, qui indiquent l'existence de l'hystérie.

Au point de vue de ses antécédents personnels, il n'y a qu'un détail à relever, indépendamment de la tendance à la chlorose qu'elle a présenté à plusieurs reprises. C'est une arthritique avérée, qui, il y a deux ans, a eu un accès de goutte parfaitement net au gros orteil du pied gauche, accompagné de gonflement, de rougeur de l'articulation et de desquammation épidermique. Cette disposition constitutionnelle est du reste héréditaire dans sa famille. Son grand-père maternel était goutteux; sa mère a de temps en temps, aux époques cataméniales principalement, des crises de douleurs épigastriques intolérables, avec flatulence et tympanisme, qui sont évidem-

ment d'origine spinale et qui nécessitent souvent l'application de pointes de feu le long du rachis ; il s'agit là évidemment d'une névrose du plexus solaire, car ces crises durent depuis près d'une trentaine d'années sans avoir altéré la santé générale. Enfin l'oncle maternel de cette jeune fille est un neurasthénique à type spinal, fortement entaché d'hypochondrie et atteint d'une paralysie fonctionnelle sans atrophie musculaire et sans lésions évidentes de la moelle. Il y a donc chez cette jeune fille une filiation diathésique double ; l'arthritisme d'une part, le nervosisme de l'autre, c'est-à-dire, les deux facteurs les plus habituels des névroses.

En présence de ces symptômes, et malgré l'absence de phénomènes hystériques généraux et de troubles sensoriels, je portai le diagnostic de monoplégie partielle de l'avant-bras hystéro-traumatique, et j'instituai le traitement suivant : friction, deux fois par jour, avec du liniment ammoniacal camphré sur l'avant-bras, électrisation quotidienne avec les courants interrompus ; huile de foie de morue et hydrothérapie à titre de toniques généraux.

Ce traitement fut suivi rigoureusement pendant près de six semaines, au grand bénéfice de la santé générale, mais sans aucune amélioration de la paralysie locale, qui garda les mêmes caractères que le premier jour. La faiblesse musculaire était toujours aussi considérable et la malade pouvait à peine fournir une pression de 4 ou 5 kilogrammes avec sa main droite, alors que de la gauche elle atteignait 40 kilogrammes.

Les courants continus furent substitués à la faradisation et continués pendant près d'une quinzaine de jours ; ils se montrèrent aussi peu efficaces que les autres ; l'anesthésie et l'analgésie semblèrent cependant un peu diminuées. Je m'adressai alors à M. le professeur Charcot, qui voulut bien m'aider de ses conseils et confirmer mon diagnostic. Dans le but de réveiller l'image psychique des mouvements de l'avant-bras, il recommanda à la malade d'exercer une pression sur un dynamomètre quatre fois par jour, pendant quelques minutes ; et fit appliquer un aimant la nuit, perpendiculairement à l'axe du poignet. Les suites de ce traitement furent des plus favorables. Un mois après, je constatai l'état suivant :

10 *mai.* — La sensibilité tactile est absolument revenue à l'état normal, l'analgésie a disparu, ainsi que la perte de la sensibilité articulaire ; cette dernière a été la première à revenir,

huit jours à peine après le début du traitement. Le sens musculaire est également récupéré; Mlle V... a la notion de l'effort à faire pour accomplir un mouvement voulu. Elle donne maintenant, sans effort, une pression de 30 kilogrammes au dynamomètre avec sa main droite, mais n'atteint pas encore le degré de force de la main gauche.

Un nouveau symptôme s'est produit : à la place de l'anesthésie, l'avant-bras est devenu le siège de fourmillements douloureux et de crampes assez pénibles : bien que la force soit revenue, la malade ne peut encore jouer du piano, parce que les chocs des phalanges sur le toucher de l'instrument provoquent une sensation douloureuse : celle-ci se produit même au repos. Il semble donc qu'un certain état d'hypéresthésie musculaire ait succédé à l'abolition du sens musculaire, car les téguments de l'avant-bras et de la main ne sont pas doués d'une sensibilité anormale. En résumé, le traitement moral et la reproduction fonctionnelle des mouvements ont produit le meilleur effet, et malgré l'exagération de la sensibilité, l'état actuel du membre se rapproche presque complètement de la normale.

A la fin du mois de mai, cette hypéresthésie musculaire a presque complètement disparu à son tour. Il ne reste qu'une sensibilité un peu insolite au niveau du court adducteur du pouce, lequel est douloureux à la pression : sauf ce léger malaise, la malade peut être considérée comme guérie.

J'ajouterai peu de réflexions à la description qui précède, car les faits parlent d'eux-mêmes.

Il ne paraît pas douteux que chez Mlle V..., la paralysie de la main et de l'avant-bras n'ait été la conséquence de la chute sur le poignet. De même que chez la malade de M. Charcot, qui n'est devenue monoplégique que plus de six mois après l'apparition de la tumeur du poignet, l'impotence fonctionnelle, chez Mlle V..., a mis longtemps, près de quatre ans, à se produire. Nous avons vu que c'est la règle pour les paralysies psychotraumatiques : néanmoins la durée des accidents prémonitoires (fatigue douloureuse des

doigts de la main et du poignet), a été ici beaucoup plus longue qu'on ne l'observe d'habitude.

Malgré l'absence complète de crises nerveuses et de stigmates hystériques, malgré l'intégrité des sens spéciaux, nous n'hésitons pas à dire que la monoplégie de Mlle V... ne pouvait être qu'une manifestation hystérique. En effet, elle présentait au plus haut degré tous les caractères que l'on retrouve toujours en pareil cas ; la paralysie motrice incomplète, associée à la conservation de la contractilité électrique et à la perte du sens musculaire : l'anesthésie absolue, portant sur toutes les modalités de la sensibilité articulaire. Or cette dernière variété d'anesthésie (qui peut manquer dans certaines paralysies hystériques) a une valeur considérable quand on la rencontre, car elle ne s'observe pour ainsi dire jamais en dehors de l'état névropathique. Ajoutons que la circonscription de l'anesthésie offrait ce caractère typique qui à lui seul suffisait pour faire affirmer la paralysie nerveuse, à savoir la terminaison brusque en manchette circulaire, comprenant tout un segment de membre sans tenir compte de la distribution des fibres nerveuses. Enfin, il n'est pas jusqu'aux résultats du traitement qui ne militent en faveur de l'origine purement nerveuse de cette paralysie. L'anesthésie qui pendant près d'un mois avait résisté aux révulsifs, aux frictions, à l'électrisation faradique et galvanique, disparaît en quelques jours sous l'influence du traitement par les aimants : la force musculaire qui était nulle revient graduellement par la seule évocation du mouvement lui-même, en exerçant méthodiquement des pressions sur le dynamomètre.

Ces quatre observations nous montrent donc la série graduelle des manifestations hystériques, qui précèdent, accompagnent ou suivent la monoplégie du membre supérieur sous l'influence de la provocation du traumatisme. Tantôt, c'est la grande attaque qui commence avec son cortège classique d'accidents sensitifs, sensoriels et paralytiques; la monoplégie n'est alors qu'un incident du tableau général, comme chez la malade de Lombroso. Ailleurs, le traumatisme éveille une hystérie grave, avec perte de connaissance, anesthésie diffuse, paralysie plus ou moins généralisée : la monoplégie qui se développe secondairement trouve alors le terrain tout préparé, et il suffit d'une secousse minime pour la faire éclore : c'est le cas du malade de Berbez. Dans une forme atténuée, la monoplégie est d'emblée partielle, et se montre comme la conséquence d'un traumatisme léger, mais persistant tel que la tumeur douloureuse du poignet, que portait la malade de M. Charcot, mais l'hystérie se révèle par ses stigmates habituels. Enfin, la paralysie partielle peut constituer l'unique manifestation de l'état névropathique, en dehors de tout autre symptôme; c'est ce que nous avons vu chez notre malade. Ces dernières formes de monoplégie, évidemment rares, sont de beaucoup les plus intéressantes, parce qu'elles pourraient donner lieu à des erreurs de diagnostic et être considérées comme des paralysies périphériques liées à des névrites partielles. On reconnaîtra toujours leur véritable nature en considérant que la paralysie motrice est en général beaucoup moins prononcée que l'anesthésie sensitive, ce qui est le contraire de ce qui a lieu pour les névrites : d'autre part,

que cette anesthésie se circonscrit à un segment de membre, sans suivre la distribution des nerfs de la région, et qu'elle s'accompagne d'ordinaire de la perte du sens musculaire et de la sensibilité articulaire. Enfin, la conservation absolue de la contractibilité électrique même au bout de plusieurs mois, achèvera la démonstration de la nature névropathique de ces paralysies fonctionnelles.

NOTE ADDITIONNELLE

Au moment de mettre sous presse, je viens de prendre connaissance d'un mémoire du professeur Adamkiewicz (de Cracovie), paru le 5 juin dernier dans le *Wiener Medizinische Presse*, et intitulé *Monoplegia anesthetica*. Déjà, au commencement de l'année, une observation du même genre avait été publiée par cet auteur dans un autre journal de Vienne, le *Wiener Blätter* (n° 4-5, 1887). Il me paraît intéressant de résumer ces deux faits et d'analyser l'interprétation que donne le professeur allemand, ne serait-ce que pour faire voir les lacunes, au point de vue clinique, d'une éducation médicale basée exclusivement sur la physiologie dite rationnelle.

La première de ces observations concerne une jeune fille qui, sans cause connue, est atteinte d'une impotence fonctionnelle du bras droit, sans paralysie motrice véritable, mais avec une anesthésie et une analgésie complètes.

Observation V. — Mlle C..., âgée de dix-neuf ans, est prise brusquement en septembre 1885, de douleurs vives du bras droit, qui s'accompagnent de gonflement des téguments du dos de la main et des doigts. Sur tous ces points existent des sueurs locales abondantes. Les douleurs durent trois semaines, assez intenses pour amener de l'insomnie : puis, à partir de cette date, elles vont progressivement s'atténuant et disparaissent au mois d'octobre. Vers cette époque, la malade constate sur le dos de la main droite une vésicule qui ne tarde pas à se rompre et qui dégénère en une ulcération ayant peu de tendance à guérir. Des bulles analogues se développent sur les phalanges, sans provoquer aucune douleur. A ce moment, la malade s'aperçoit que la



sensibilité est très émoussée et presque abolie dans le membre supérieur droit.

Etat actuel. Fille robuste, nullement nerveuse, n'ayant jamais fait de maladies sérieuses, ne paraissant point émotive, répondant avec calme et netteté aux questions qu'on lui pose, bien équilibrée au physique et au moral. Elle ne présente aucun signe apparent d'hystérie, pas de douleurs ovariennes ni de points d'hypéresthésie rachidienne, pas d'amblyopie, ni de rétrécissement du champ visuel, ni de cécité des couleurs, ni de troubles sensitifs de la peau ou des muqueuses. Les phénomènes morbides sont exclusivement concentrés sur le bras droit.

Celui-ci, en apparence, est normal et l'on ne constate point de douleur locale le long du trajet des nerfs ou des branches d'origine du plexus brachial : le sympathique n'est pas sensible dans son trajet cervical. Les articulations sont absolument saines, les muscles répondent bien à toutes les excitations et ne sont pas atrophiés.

Sur le dos de la main, les téguments sont encore livides, cyanosés légèrement œdématiés; les phalanges un peu plus grosses qu'à l'état normal, présentent les traces des érosions mal cicatrisées qui ont succédé à l'éruption vésiculeuse.

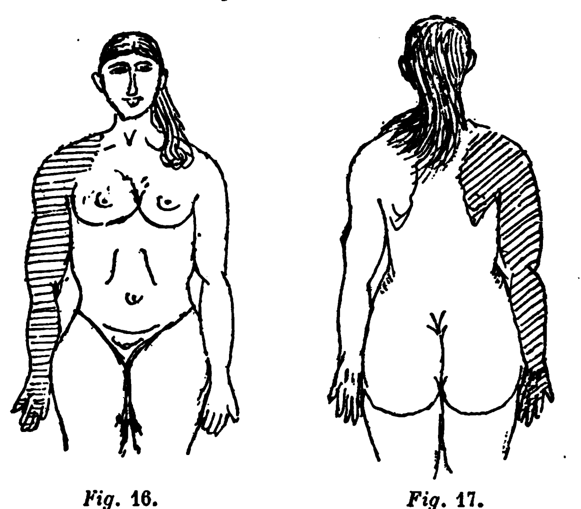


Fig. 16. *Fig.* 17.

Le symptôme prédominant est une anesthésie absolue à tous les modes de la sensibilité : contact, douleur, température, sensibilité faradique, tout est aboli : il y a une anesthésie et une analgésie complète. Cette anesthésie occupe le membre supérieur droit

dans sa totalité, y compris le moignon de l'épaule : elle s'arrête, en haut, à la clavicule et à l'acromion, en avant au sillon pectoro-deltoïdien ; en arrière, elle déborde à peine le bord spinal de l'omoplate. Dans le creux axillaire, la sensibilité n'est pas aussi complètement abolie que sur les autres points, mais elle est atteinte.

La force musculaire est très diminuée, il y a un certain degré d'impotence fonctionnelle tenant exclusivement à l'anesthésie. Quand la malade a les yeux fermés, elle est incapable de tenir un objet : les yeux ouverts, au contraire, elle peut s'occuper presque aussi bien qu'en santé, prendre des objets d'un certain poids, écrire, etc.

Il est évident que le cas de cette jeune fille est presque identique, à la circonscription près, à celui de Mlle V..., que nous venons de relater. Nous retrouvons au début une période de douleurs fonctionnelles, puis des troubles de sensibilité très prononcés, coïncidant avec une anesthésie du sens musculaire. La seule différence tient à la présence de quelques troubles vaso-moteurs et d'une éruption localisée au dos de la main. Néanmoins, M. Adamkiewicz n'admet pas l'hystérie chez sa malade ; il repousse ce diagnostic, parce que les signes généraux de l'hystérie manquent, et à cause des troubles trophiques ou vasomoteurs dont le membre anesthésié était le siège. Nous savons aujourd'hui que ces troubles de nutrition sont parfaitement compatibles avec la névropathie pure, et n'exigent pas, pour se produire, la présence d'une lésion matérielle démontrable.

Du reste, après avoir repoussé l'idée d'une monoplégie hystérique, force est bien à l'auteur d'avouer que les autres hypothèses ne s'adaptent pas mieux aux particularités cliniques de ce cas. Ainsi, il ne peut être question d'une névrite radiculaire du plexus brachial, car il y aurait de l'atrophie musculaire, une paralysie motrice complète, une anesthésie moindre, des réactions électriques différentes. A plus forte raison, ne peut-on s'arrêter à l'idée d'une lésion du cerveau ou de la moelle. Par exclusion, il suppose une altération primitive, isolée, des racines sensitives et trophiques des nerfs du membre supérieur et porte le diagnostic suivant : affection rhumatismale probable des enveloppes de la moelle (pachyméningite cervico-brachiale ?) portant sur les racines postérieures des nerfs et ayant déterminé à leur niveau des exsudats inflammatoires. Il serait facile, au nom de la clinique et de l'anato-

mie pathologique, de prouver l'inanité d'une pareille hypothèse, puisque précisément la conséquence de la pachyméningite est d'amener une atrophie musculaire bilatérale avec réaction de dégénérescence et fort peu de troubles sensitifs.

D'ailleurs, l'évolution même de la monoplégie chez la malade d'Adamkiewicz, démontre la nature purement fonctionnelle de l'affection. Le traitement a été ainsi institué : à l'intérieur, de l'iodure de potassium, puis des applications de courants continus faibles (7 éléments), le cathode étant placé au niveau des apophyses articulaires des vertèbres cervicales et l'anode le long des branches du plexus brachial. Au bout de quelques séances la sensibilité avait commencé à reparaître, et en moins de trois mois, la guérison était complète, sans aucune modification appréciable des muscles ni des téguments. La guérison a persisté depuis.

La seconde observation est encore plus instructive. En voici le résumé :

Observation VI. — Un homme de quarante et un ans, d'une bonne santé habituelle, se réveille un matin, au commencement de l'année 1884, avec une sensation de chaleur insolite dans la jambe droite. Le début de ce trouble fonctionnel est absolument subit, non précédé de prodromes fébriles, ni de phénomènes douloureux. Presque en même temps, le malade s'aperçoit que sa jambe est insensible aux excitations douloureuses et complètement analgésique : la sensibilité thermique pour le froid est également perdue. Cette analgésie se limite exactement à tout le membre inférieur droit, elle se termine brusquement à la racine de la cuisse, suivant une ligne qui passe en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure à la symphyse pubienne et qui, en arrière, longe la crête iliaque pour tomber perpendiculairement sur le rachis au-dessus du sacrum. Les fonctions motrices sont intactes du côté analgésique, ainsi que les réflexes tendineux.

Quelques semaines plus tard, le membre inférieur gauche se prend à son tour, brusquement et sans cause appréciable : il devient le siège de sensations anormales de froid, mais la sensibilité tactile générale et la motilité n'ont subi aucune atteinte, si bien que le malade ne s'en préoccupe pas et continue de vaquer à ses affaires.

Au bout de deux ans, l'affection entre dans une nouvelle phase survenue non moins brusquement que les précédentes. La jambe gauche est le siège de vives douleurs qui rendent la marche impossible et forcent même le malade à garder le lit. L'impo-

tence fonctionnelle est complète, la vessie devient paresseuse. Les muscles de la cuisse subissent un certain degré d'atrophie, et les réflexes tendineux s'exagèrent. Cette période d'aggravation dure environ trois mois : puis rapidement se produit une convalescence complète, et tous les accidents se bornent comme par le passé, à des troubles de la sensibilité limités à un seul membre, sans aucun désordre de la motilité.

Il est impossible, à la lecture de cette observation, de ne pas être frappé de l'analogie singulière qui la rapproche des faits que nous avons publiés. La brusquerie du début, la limitation de l'anesthésie à un seul membre, sa circonscription très spéciale, l'absence de troubles moteurs, la conservation des réflexes et des réactions électriques, tout milite en faveur de désordres nerveux purement fonctionnels, vraisemblablement d'origine psychique ; il n'est pas jusqu'à ce brusque transfert des accidents de membre droit au membre gauche, qui ne soit encore une preuve confirmative de la nature de la maladie. Nous savons qu'ûn certain degré d'atrophie musculaire n'est pas incompatible avec la paralysie hystérique, et d'ailleurs cette lésion paraît avoir été transitoire chez le malade d'Adamkiewicz, puisqu'il ne dit pas ce qu'elle est devenue et qu'il enregistre purement et simplement sa guérison. Or, l'hypothèse de la paralysie et de l'analgésie hystériques, qui dans ce cas nous semble évidente, n'est même pas soulevée par l'auteur allemand, et voici la singulière argumentation sur laquelle il base son diagnostic.

« Quelle peut être, dit-il, la lésion des centres nerveux capable de donner lieu à une analgésie limitée à un membre, tandis que, momentanément, son congénère est atteint dans sa motilité ? » Evidemment les nerfs périphériques doivent être mis hors de cause. Leur lésion occasionnerait bien une monoplégie partielle, mais intéressant simultanément la sensibilité et la motilité, dans un territoire anatomique déterminé. Il ne peut être question non plus d'une altération d'un hémisphère cérébral, qui se traduirait nécessairement par une hémiplégie.

Reste la moelle. S'agit-il d'un des faits d'hémiparaplégie décrits par Brown-Séquard ? L'auteur discute gravement cette hypothèse, en faveur de laquelle militeraient les raisons suivantes : Limitation de l'anesthésie à la jambe droite, parésie motrice à gauche, puis atrophie musculaire et troubles vési-

caux. Il rejette cependant ce diagnostic sur ce motif assurément plausible, qu'une hémilésion de la moelle aurait déterminé ces symptômes simultanément et non successivement, que la parésie motrice eût été le symptôme prédominant et enfin que la jambe gauche paralysée eût présenté de l'hypéresthésie, ce qui n'était pas. Il semble malaisé, en effet, d'admettre qu'une altération de la moelle ainsi localisée puisse attendre deux ans avant de se manifester par l'un de ses symptômes capitaux, à savoir la paralysie motrice.

Par exclusion, et faute d'explication meilleure, l'auteur admet qu'il a existé chez son malade une altération spinale ayant pendant deux ans intéressé les racines postérieures sensitives du côté droit dans toute la région correspondante aux origines des plexus lombaire, ischiatique et honteux interne. Puis cette altération aurait fini par gagner secondairement les cornes antérieures de la moelle lombaire gauche ou les racines spinales antérieures correspondantes, et déterminé l'atrophie des muscles de la cuisse. Il ne se demande pas si la distribution segmentaire de l'anesthésie est bien en rapport avec l'origine réelle des racines nerveuses sensitives sus-dénommées ; il trouve fort naturel que cette propagation d'une lésion des racines postérieures droites se soit faite vers les cornes antérieures gauches, sans avoir touché les cordons postérieurs ni les cordons latéraux ; il ne cherche pas à s'expliquer comment, dans cette hypothèse, la malade n'ait présenté ni phénomènes ataxiques, ni contracture, ni exagération des réflexes tendineux. Il ne s'étonne pas, enfin, de voir guérir en trois mois de pareils troubles moteurs sans laisser de trace, alors que les désordres sensitifs, cause première du mal, persistent sans modification.

Au nom de la physiologie doctrinale, il édifie de toutes pièces une maladie nouvelle, caractérisée par une lésion primitive des racines postérieures spinales et des ganglions nerveux intervertébraux. Cette maladie, dont le substratum anatomique est encore à découvrir, il en décrit avec précision les symptômes, la marche, les terminaisons, le pronostic et le traitement. C'est pour lui une entité démontrée.

Nous reconnaissons, sans humiliation aucune, que nous sommes moins prompts, en France, à tirer des conclusions cliniques. H. Rendu.

PATHOLOGIE MENTALE

RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE CHEZ L'HOMME;

Par le Dr JULES-CHRISTIAN,

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

Dans l'article *Paralysie générale* que mon collègue Ritti et moi nous avons décrit pour le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, nous avons pu dire : « L'étiologie de la paralysie générale, malgré « les documents accumulés, est encore le chapitre le « plus obscur de son histoire », et cette proposition n'a pas soulevé de contradiction.

Je reprends cette question aujourd'hui, pensant qu'il ne m'est pas permis de laisser sans emploi les nombreux matériaux qui se sont offerts à moi dans les services dont j'ai été successivement chargé, à Maréville d'abord, et, depuis 1879, à Charenton.

Mes recherches portent : 1° sur 84 cas observés à Maréville de 1876 à 1879; 2° sur 256 cas traités à la maison nationale de Charenton, du 1er janvier 1879 au 15 mars 1887 ; au total 340 paralytiques généraux, que tous j'ai personnellement connus et soignés.

Le hasard ayant fait que je n'aie jamais été placé qu'à la tête de services d'hommes, j'ai cru devoir laisser complètement de côté tout ce qui a trait à la

paralysie générale chez la femme, me bornant strictement à relater ce que j'ai vu et observé moi-même. Ce seront des documents à ajouter à ceux que la science possède déjà.

Ce qui rend cette étude singulièrement complexe et difficile, c'est que, dans la paralysie générale comme dans toute autre maladie mentale, on se trouve en présence, non pas d'une cause unique, mais d'un ensemble de causes, parmi lesquelles il est malaisé de discerner celle qui a été réellement efficiente. Cela explique en partie comment les opinions les plus diverses et même les plus exclusives ont pu être défendues : elles ont toutes pour elles une part de vérité.

La première question qui se pose est celle-ci : la paralysie générale n'étant connue et décrite que depuis 1822, en faut-il conclure qu'elle n'existait pas auparavant? On comprend toute l'importance de ce problème. Si, en effet, il était démontré que la paralysie générale n'est apparue qu'au commencement du siècle, il serait légitime de conclure qu'elle est due à des causes qui n'existaient pas auparavant, et il y aurait lieu de rechercher comment et pourquoi ces causes ont surgi : nous aurions chance de trouver une étiologie nette et précise de la maladie.

Mais tout au contraire : les causes que nous voyons invoquer sont de celles qui ont agi de toute éternité; il est donc infiniment probable que la paralysie générale elle-même a toujours existé. C'est mon entière conviction. Il est arrivé à la paralysie générale ce qui s'est produit pour d'autres maladies (la fièvre typhoïde

par exemple), qui, elles aussi, ont de tout temps affligé l'espèce humaine, et pourtant n'ont été dégagées à l'état d'entité morbide qu'à une époque rapprochée de nous. Encore, pour la paralysie générale, quelques-uns de ses symptômes ont été vus et signalés (Haslam), et peut-être, si l'on fouillait les écrits que les anciens nous ont laissés sur ce qu'ils appelaient *phrénitis, transport au cerveau*, *méningite aiguë*, etc., y trouverait-on, non pas une description complète de la maladie, mais du moins celle de l'accès d'agitation maniaque qui en marque le début. Seulement, qu'arrivait-il quand le médecin rencontrait un cas de ce genre? Le patient était mis à la diète, saigné à blanc ; en quelques jours il avait disparu. La paralysie générale ne pouvait conquérir sa place légitime que du jour où les aliénés, réunis et traités dans des services hospitaliers, furent considérés comme des malades semblables aux autres.

Fréquence. — Il est une autre question, d'un intérêt plus immédiat et plus pratique, c'est de savoir si, depuis qu'elle est connue, la maladie a augmenté de fréquence. Calmeil le croit. Après avoir constaté d'abord que la paralysie générale entrait pour $\frac{1}{15}$ dans le chiffre des hommes reçus dans les asiles d'aliénés, il avait fini par trouver une proportion de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{8}$.

A Charenton, le nombre des paralytiques généraux admis a été sensiblement le même en 1886 qu'en 1879, et la proportionnalité sur le nombre total des admissions n'a pas varié non plus. En effet, en 1879, sur 122 hommes admis, il y avait 37 paralytiques ; en 1886, sur 119 hommes admis, il y avait 35 paralytiques. Dans l'intervalle se sont produites les fluctua-

tions inévitables, mais dans des limites très restreintes[1]. A ne juger que par ces chiffres, il semble que rien n'autorise à admettre que la maladie se répande de plus en plus, car le milieu dans lequel se recrute la population de Charenton n'a pas changé dans l'intervalle. Planès est arrivé à un résultat identique dans ses *Recherches sur le mouvement de l'aliénation mentale à Paris* (1872-85). Le chiffre de 1885 (172) est presque le même que celui de 1873 (174). (*Ann. méd. psychol.*, mars 1887, p. 245.)

On peut objecter à ces chiffres qu'ils ne portent que sur une période d'une dizaine d'années. Dans un temps plus long, les résultats seraient peut-être différents. Je n'en serais pas étonné, car j'incline à croire moi-même que la paralysie générale devient réellement plus fréquente. J'en déduirai les raisons plus loin.

Age. — Bayle disait : « Elle (la *paralysie générale*, « ou comme il l'appelait, la *méningite chronique*) ne « survient pas dans la période la plus orageuse de la « vie, celle où l'homme, entraîné par la violence de « ses passions, se livre souvent à toutes sortes d'excès, « tandis qu'elle se manifeste toujours à l'époque où « il jouit de la plénitude de ses facultés et de ses fonc- « tions ; où, poussé par le désir d'établir sa famille, « d'acquérir de la fortune, des honneurs et des places,

[1] Années 1880 : hommes admis, 123; paralytiques généraux; 36

[1] Années	1880 :	hommes admis,	123;	paralytiques généraux;	36
—	1881	—	120	—	43
—	1882	—	101	—	25
—	1883	—	97	—	27
—	1884	—	112	—	36
—	1885	—	98	—	25

« il est essentiellement dominé par l'ambition, et « exposé par conséquent, à tous les chagrins qui suc- « cèdent à des espérances bien souvent trompées, et « souvent aussi à des malheurs de tout genre. » (Bayle, *Méningite chronique*, p. 404.)

Cette opinion de Bayle a été confirmée depuis, par tous les observateurs ; il reste établi que la paralysie générale est une maladie de l'âge mûr; elle frappe de 30 à 50 ans. Toutes les statistiques sont d'accord sur ce point ; les cas de paralysie générale précoce (avant 25 ans), ou tardive (après 60 ans), restent absolument exceptionnels, et ne doivent être admis qu'après une critique sévère. Mes 340 observations donnent, au point de vue de l'âge, les résultats suivants :

	CHARENTON	MARÉVILLE	TOTAL
25 à 30 ans.	4	2	6
30 à 40 —	97	19	116
40 à 50 —	127	45	172
50 à 60 —	28	18	46
	256	84	340

L'âge ayant été pris au moment de l'entrée, il est évident que beaucoup de malades, classés dans la période de cinquante à soixante ans, devraient réellement figurer dans celle de quarante à cinquante. Il est vrai que quelques-uns aussi de ceux comptés dans la période de trente à quarante devraient être reportés dans celle de vingt-cinq à trente. De toutes façons cependant, on voit que 288 malades sur 340, soit près de 85 p. 100, ont été atteints à l'âge que j'indique, de trente à cinquante ans : c'est là un point qui paraît acquis.

Etat civil. — Sur mes 340 paralytiques généraux,

212 étaient mariés;
107 — célibataires;
17 — veufs;
Chez 4 l'état civil est resté inconnu.

La maladie frapperait donc de préférence les hommes mariés, ce qui vient à l'encontre de l'opinion généralement reçue sur la fâcheuse influence du célibat. Encore parmi mes célibataires, y en avait-il un très grand nombre qui auraient mérité de figurer parmi les gens mariés, car depuis de longues années ils vivaient maritalement avec la même compagne. Les uns ne s'étaient pas mariés légalement, — c'étaient les militaires, — parce qu'ils n'avaient pu réunir la dot réglementaire : ils attendaient l'heure de la retraite pour régulariser une situation déjà ancienne. D'autres s'étaient heurtés à des difficultés d'un autre ordre, les préjugés de leurs familles, l'opposition formelle de leurs ascendants, etc. Leur existence n'en était pas moins celle des gens dont l'union a été consacrée par la loi.

Je n'exagère pas en disant que la moitié au moins des 107 célibataires se trouvait dans ces conditions. Dès lors la proportion des gens mariés devient encore plus forte, et nous serons obligés d'admettre que « la paralysie générale frappe de préférence les hommes mariés ». A vrai dire, ce résultat n'est pas pour étonner; car, si les célibataires mènent en général, — ce qui resterait à prouver, — une vie moins régulière que les gens mariés, ceux-ci, par contre, voient le mariage leur amener un cortège de soucis, de préoccupations, d'inquiétudes, qui, tout compte fait, com-

pense et au delà les inconvénients problématiques du célibat.

Professions. — Il n'est aucune profession, depuis la plus humble jusqu'à la plus élevée, dans laquelle on ne rencontre des exemples de paralysie générale. Ainsi, à Maréville, sur 84 malades, je compte 21 ouvriers, journaliers, la plupart illettrés; 16 autres, appartenant aux professions manuelles (maçon, boucher, serrurier, potier, sellier, tailleur, coiffeur, etc.); 3 domestiques; — en d'autres termes, près de la moitié des cas se sont rencontrés chez des individus dont la culture intellectuelle avait été nulle ou à peu près.

Il va de soi que Charenton ne pouvait fournir des résultats analogues. Maréville est un asile départemental recevant les aliénés indigents de plusieurs départements; Charenton ne s'ouvre qu'à des pensionnaires appartenant la plupart aux classes aisées. Dans mes deux relevés, cependant, il est un fait qui doit appeler l'attention : c'est que la population agricole ne figure que dans une proportion infime.

Par contre, je signalerai à Charenton un nombre considérable de commerçants, employés de commerce, comptables; il y en a 68, soit environ 27 p. 100. A Maréville, je n'en ai trouvé que 7, à peine 8 p. 100. De même aussi Charenton fournit un contingent notable de professions libérales (médecins, avocats, professeurs, artistes, ingénieurs, fonctionnaires), tandis que cette catégorie de malades est à peine représentée à Maréville. Je réunis tout ce qui est relatif aux professions dans le tableau suivant :

	CHARENTON	MARÉVILLE	TOTAL
Militaires : Officiers	56	8	64
Sous-officiers	7	5	12
Soldats	6	1	7
Chef armurier	2	»	2
Chef de musique	3	»	3
Garde forestier[1]	»	1	1
Garde de police	»	1	1
Commerçants	36	3	39 } 75
Employés de commerce	32	4	36 }
Médecins	4	1	5
Pharmacien, chimiste, dentiste, vétérinaire	5	»	5
Avocat, professeur, homme de lettres, bibliothécaire	9	»	9
Notaire, greffier, percepteur, receveur d'enregistrement, employé de ministère, etc.	17	1	18
Ingénieur civil, architecte, géomètre	3	1	4
Garde général des forêts	»	1	1
Employés (chemins de fer, postes, télégraphes).	6	5	11
Artistes (sculpteur, joaillier, dessinateur, peintre sur porcelaine, graveur, artiste dramatique)	9	»	9
Rentiers, propriétaires	4	4	8
Cultivateurs	3	3	6
Entrepreneurs, loueurs de voitures, etc	13	»	13
Marchand de vin, cafetier, aubergiste	5	3	8
Marchand de volailles, de porcs, de chevaux, de beurre	4	»	4
Cuisinier, pâtissier, boulanger	5	1	6
Métiers (maçon, bourrelier, serrurier, tailleur, etc.)	20	16	36
Sommelier, valet de chambre, garçon de café, cocher	5	3	8
Ouvriers[2], journaliers, porteur aux halles	2	21	23
Profession inconnue	»	1	1
Totaux	256	84	340

[1] Je range parmi les militaires le garde forestier et le garde de police, parce que tous deux étaient d'anciens soldats, et avaient pris ces fonctions aussitôt après leur libération.

[2] A signaler : 4 ouvriers habituellement exposés à un foyer ardent, savoir : 1 bitumeur, 2 ouvriers aux forges, 1 chauffeur. La même influence peut avoir agi sur les cuisiniers, pâtissiers, boulangers.

Ce tableau ne peut avoir pour signification que de montrer, contrairement à une opinion généralement reçue, que la paralysie générale n'est pas exclusive aux hommes des classes élevées, instruites, et même qu'elle ne les frappe pas de préférence. Du haut en bas de l'échelle sociale, elle fait des victimes dans toutes les conditions : aucune n'est épargnée. Il en est cependant qui ont été plus spécialement incriminées et notamment la profession militaire.

État militaire. — Calmeil, en 1826, avait signalé l'influence néfaste de la carrière des armes, qu'il expliquait par les fatigues de la guerre, les excès, les commotions morales inspirées par le combat. Bayle, à la même époque, notait combien les militaires deviennent fréquemment paralytiques généraux, mais il accusait surtout le passage d'une vie active à une existence sédentaire.

Pour s'expliquer l'opinion de Bayle et de Calmeil, il importe de se reporter à l'époque où ils écrivaient. C'était après les longues guerres de la Révolution et de l'Empire, au lendemain des événements de 1815, qui avaient si profondément bouleversé la vie d'un grand nombre de militaires. Aux fatigues et aux blessures de vingt ans de guerre incessante, s'ajoutait maintenant le chagrin de la défaite, et, pour beaucoup, celui d'être rayés des contrôles de l'armée, réduits à une existence précaire, et obligés de se créer des ressources nouvelles pour vivre.

Toutes ces causes ne sauraient être invoquées actuellement; celle notamment à laquelle Bayle faisait jouer un rôle important, n'intervient pas, puisque nos

militaires sont frappés, non pas au moment de leur retraite, mais en pleine période d'activité. Remarquons aussi que, si la paralysie générale est fréquente dans l'armée, elle l'est moins que ne le feraient croire les relevés de Charenton; car Charenton reçoit le plus grand nombre des militaires, et surtout des officiers, aliénés, non pas seulement d'une circonscription déterminée, mais de toute l'armée.

Les soldats de tout grade figurent dans mes relevés au nombre de 90 : 74 à Charenton, 16 à Maréville. Sur ce total, les officiers forment la grande majorité : 69 sur 90 : il semble donc que la maladie frappe davantage les officiers. Mais il convient de se rappeler que, dans notre organisation actuelle, les sous-officiers et les soldats, âgés de trente à cinquante ans, sont devenus extrêmement rares; ils étaient nombreux autrefois, et on en trouve un grand nombre dans les observations de Bayle et de Calmeil.

Mon expérience personnelle me fait croire, en dehors de toute statistique précise, — que, pendant les années qui ont suivi les événements de 1870-71, le nombre des militaires atteints de paralysie générale était devenu plus considérable; les événements de la guerre avaient dû manifestement jouer un rôle important, au moins comme cause occasionnelle. Il y avait d'ailleurs, — toute proportion gardée, — quelque analogie avec la situation de 1815.

Hérédité. — On tend généralement à croire, depuis les travaux de Lunier et Doutrebente, que la paralysie générale n'est pas héréditaire à la façon de la folie proprement dite, — que son hérédité est une hérédité

de tendances congestives ou cérébrales. Ball et Régis ont encore renchéri sur cette opinon : dans une statistique de 100 familles de paralytiques généraux, comprenant 1,565 membres, ils n'ont trouvé que 5 aliénés. (Régis, *Manuel*, p. 337.)

Je suis arrivé à des résultats différents. Dans les cas où j'ai pu être renseigné (environ 200), j'ai trouvé 15 fois le père ou la mère aliénés; 6 fois le grand-père ou la grand'mère; 11 malades avaient un frère ou une sœur atteints de folie, et, parmi ces 11, il en était 2 dont le frère était paralytique général; 9 avaient un oncle ou une tante aliénés. Dans un cas j'ai noté l'hérédité en retour: une nièce était folle; 2 malades avaient leur mère épileptique; chez 3 autres, le frère ou la sœur étaient atteints d'épilepsie; enfin 14 fois j'ai noté l'hérédité congestive (père alcoolique 5; — mère somnambule 2; — père ou mère hémiplégiques 6, etc.).

Si incomplets que soient ces chiffres, — et l'on sait combien les questions d'hérédité sont difficiles à élucider, — ils me font supposer cependant que la paralysie générale ne diffère pas essentiellement des autres maladies mentales, et qu'il n'y a pas lieu d'imaginer pour elle une hérédité spéciale.

Excès alcooliques. — J'ai vu un si grand nombre de paralytiques généraux qui avaient été toute leur vie d'une sobriété exemplaire, — et, d'un autre côté, j'ai connu un si grand nombre d'alcooliques, qui, après 10, 15 (et davantage) attaques de delirium tremens, n'étaient pas devenus paralytiques, — que je suis resté très sceptique à l'endroit de cette cause, que

beaucoup d'auteurs, et des plus recommandables, n'hésitent pas à considérer comme prépondérante.

N'est-on pas frappé d'ailleurs de ce fait que, parmi mes 340 malades, il n'y a que 8 marchands de vin, aubergistes, et 12 seulement à profession entraînant presque fatalement à l'intempérance (sommelier, cocher de fiacre, marchand de chevaux, etc.)[1] ?

Je demeure convaincu que l'alcoolisme n'est que très rarement la cause de la paralysie générale. Il est vrai que presque tous les paralytiques, quand débute l'accès maniaque qui va nécessiter leur placement, font des excès de boisson; mais c'est alors un fait purement accidentel, symptomatique de la maladie. Il est vrai aussi, et Magnan a insisté sur ce point, que certains alcooliques finissent par présenter les symptômes de la paralysie générale : ne serait-ce pas la *pseudo-paralysie générale alcoolique*, dont la marche diffère notablement de celle de la paralysie générale classique ?

Excès vénériens. — Ce que je viens de dire des excès alcooliques, je le dirai également des *excès sexuels*, dont certains auteurs ont voulu faire le facteur étiologique principal, sinon unique. Mais là encore on confond les excès que le malade commet au début de l'accès, avec ceux qui auraient pu réellement provoquer la maladie. En écoutant les confidences des familles, j'ai appris bien souvent que ces paralytiques, qui, depuis quelques semaines, étaient en proie à une excitation génésique, portée au plus haut degré,

[1] A noter aussi la rareté de la maladie en Suède et en Irlande, où cependant l'alcoolisme est très répandu.

se montraient en réalité, depuis des années, d'une frigidité tout à fait anormale. Et enfin, si l'on y regarde de près, on voit que l'excitation génésique du début est presque toujours tout intellectuelle : c'est un roman qui se passe dans la tête, qui se fait jour dans les écrits, mais qui ne pourrait devenir que difficilement un roman en action. Il n'y a pas de satyriasis; et ce n'est que très exceptionnellement que l'on observe de l'onanisme, ou des pertes séminales nocturnes; ce qui prouve bien que l'excitation ne porte pas sur les organes génitaux eux-mêmes.

On objectera évidemment à ma manière de voir qu'il y a des paralytiques généraux qui ont fait, à n'en pas douter, des excès *in Baccho* et *in Venere;* je ne le nie pas, et moi-même j'en ai connu un assez grand nombre. Mais je crois que ces excès n'ont jamais pu intervenir que comme cause accessoire, et que leur rôle a été singulièrement exagéré.

L'abus du tabac, et surtout du tabac à fumer, ne pouvait manquer d'être incriminé. Mais, si le tabac exerce une influence réelle, comment expliquer que la maladie soit presque inconnue dans des pays où l'on fume continuellement (Espagne, Turquie), et qu'elle ne soit pas plus répandue dans d'autres contrées où la consommation du tabac atteint ses dernières limites (Hollande, Allemagne)?

Syphilis. — Beaucoup de paralytiques généraux ont eu, à une époque antérieure de leur existence, la syphilis. De là à attribuer à la syphilis la paralysie générale elle-même, il n'y avait qu'un pas, qui a été franchi d'autant plus facilement, que cette hypothèse

permettait d'espérer la guérison par un traitement approprié, au moins dans un certain nombre de cas. Ajoutons que la syphilis, quand elle atteint le cerveau, y détermine des accidents qui peuvent jusqu'à un certain point simuler la paralysie générale (*pseudo-paralysie générale syphilitique*).

En réalité, je ne puis croire que la paralysie générale soit jamais de nature syphilitique. La syphilis est une cause d'affaiblissement général; elle amène avec elle un cortège de chagrins, d'inquiétudes, de préoccupations de toutes sortes; et à ce titre, elle ne peut manquer d'exercer une influence fâcheuse. Lorsqu'elle se traduit par une lésion cérébrale, on peut considérer qu'elle agit à la façon d'un traumatisme, en troublant profondément le fonctionnement du cerveau; mais la méningo-encéphalite de la paralysie générale n'est pas une altération de nature syphilitique.

La syphilis du cerveau, se traduisant par la gomme, est toujours localisée en un point, d'où elle gagne de proche en proche, en profondeur plus encore qu'en surface. De telle sorte qu'une gomme, qui débute par le crâne, envahit rapidement les méninges, puis le tissu cérébral; ou bien, si elle a pris naissance dans l'encéphale même, elle se propage aux enveloppes, puis aux os. Jamais rien de pareil ne se voit dans la paralysie générale, dont les lésions anatomiques ont toujours, et dans tous les cas, la même étendue et le même siège.

Une gomme cérébrale, quelque graves accidents qu'elle ait déterminés, guérit par le traitement spécifique: jamais, dans aucune circonstance, si énergique et si bien conduit qu'ait été le traitement,

jamais je n'ai vu la paralysie générale enrayée dans sa marche.

Il y a mieux : quand, en même temps que les symptômes de la paralysie générale, existaient chez le malade des altérations de nature non douteuse (ulcérations, plaques muqueuses, éruptions cutanées), j'ai toujours constaté que les spécifiques font disparaître ces accidents réellement vénériens, mais restent sans influence aucune sur la maladie principale.

C'est donc chez moi une conviction absolue, que, si la paralysie générale atteint souvent d'anciens vérolés, — elle n'est jamais elle-même de nature syphilitique; et je n'ai rien à changer aux conclusions par lesquelles je terminais un travail lu en 1880 à la Société de médecine de Paris (*Bull. de la Soc. de méd. de Paris*, 1880).

Vingt-trois de mes malades avaient été antérieurement infectés; chez aucun le traitement antisyphilitique n'a produit la moindre amélioration Quelquefois même j'ai dû me demander s'il n'avait pas été nuisible. Enfin j'ai fait l'autopsie de paralytiques, qui avaient eu autrefois la syphilis : je n'ai jamais trouvé que les lésions classiques de la paralysie générale.

Traumatismes du crâne. — Je les ai notés trente-huit fois. Chez 7 malades, le traumatisme avait eu lieu dans l'enfance, et il était resté une cicatrice ou une déformation caractéristiques. Tous les autres avaient été frappés dans l'âge adulte, et de la façon la plus variée (chute d'un lieu élevé, chute de cheval, coup à la tête par éclat d'obus, coup de sabre, etc.).

Si l'influence des traumatismes du crâne n'est pas douteuse, il est permis de se demander si les blessures graves des autres organes doivent être regardées comme indifférentes. Dans un travail récent, publié dans les *Archives de physiologie*, 1886, n° 8, p. 392, M. Strauss a relaté quelques faits de tabes survenu après un traumatisme grave (fracture du tibia, fracture de la rotule, arthrite traumatique du coude). Je connais des faits similaires pour la paralysie générale: chez un malade, il y avait eu, deux ans auparavant, fracture du fémur; — chez un autre, chute de voiture, fracture compliquée de la jambe gauche, qui n'a guéri qu'après des mois de traitement, et après que plusieurs fois l'amputation avait paru indispensable; — un troisième avait été criblé de blessures à Gravelotte (sans plaie à la tête), etc. Je pense, comme M. Strauss, que, sans exagérer l'importance de ces faits, il convient d'en tenir compte et de les noter.

Insolation. — C'est la cause, presque toujours invoquée, chez ceux, principalement les militaires et les marins, qui ont été dans les pays chauds. A cette influence, qui ne paraît pas douteuse, on peut comparer, dans une certaine mesure, celle exercée par les professions qui exposent à un foyer ardent (cuisinier, pâtissier, boulanger, chauffeur); 10 malades appartiennent à cette catégorie. La fâcheuse influence de ces professions avait déjà été signalée par Calmeil.

Si l'action de la chaleur ne semble pas discutable, il en est peut-être de même du *froid*. Un de mes paralytiques, contrôleur des contributions, s'étant égaré pendant la nuit dans une tourmente de neige, ne

retrouva son chemin qu'au matin. Il rentra chez lui transi de froid, et, à partir de cette époque, il éprouva de violentes douleurs dans les membres. Deux ans après, ces douleurs cessèrent, et il commença à délirer.

Maladies antérieures. — Une influence étiologique qu'il n'est pas permis de négliger, c'est celle des maladies antérieures. Chez beaucoup de paralytiques, il y a eu, soit dans l'enfance ou à la puberté, ou même à l'âge adulte, des incidents pathologiques graves, tels que méningite, convulsions, fièvre typhoïde, typhus, choléra, fièvres intermittentes rebelles ou même pernicieuses : il ne me paraît pas douteux que ces causes aient dû exercer une influence prédisposante à la paralysie générale, même lorsque celle-ci n'a éclaté que longtemps après; soit que, de leur fait, ait persisté un état de faiblesse générale, soit au contraire qu'elles aient laissé une altération permanente, une *épine*, dans l'organe cérébral. Des maladies graves ont été signalées dans les antécédents d'un grand nombre de mes malades, et j'ai la conviction que les chiffres que j'ai recueillis sont de beaucoup au-dessous de la réalité.

Mais il faut se demander aussi si les maladies dont je viens de parler, ou d'autres du même genre, peuvent déterminer directement la paralysie générale. On sait qu'à la suite de certaines affections aiguës, telles que la variole, la diphthérie, la fièvre typhoïde, il se produit souvent des accidents paralytiques, principalement dans les membres inférieurs, le voile du palais, etc. Ces paralysies *généralisées*, décrites pour la

première fois par Gubler, n'ont absolument rien de commun avec la paralysie générale ; elles sont d'une tout autre nature et susceptibles de guérir dans le plus grand nombre de cas. Cette distinction bien établie, il ne me paraît pas impossible cependant que la paralysie générale survienne peu de temps après une maladie fébrile grave, et dans ce cas il peut bien y avoir une relation de cause à effet. En voici deux exemples :

Un voyageur de commerce, quarante-trois ans, entre en avril 1886. Ce malade, qui a toujours été sobre et rangé, a perdu sa femme il y a quelques années, ce qui lui a causé un profond chagrin. Il y a quinze mois, c'est-à-dire au commencement de 1885, il se trouvait en Russie, où l'appelaient ses affaires, quand il fut atteint d'une maladie fébrile extrêmement grave (fièvre typhoïde ?), qui le tint au lit pendant plusieurs semaines. A partir de cette époque on s'aperçut qu'il avait des *faiblesses* fréquentes, qu'il devenait subitement *pâle* et *froid*, que sa mémoire avait diminué et qu'il ne comprenait plus bien ce qu'on lui disait. Il est mort à la fin de 1886, de convulsions épileptiformes.

Le second cas se rapporte à un négociant grec, marié, père de plusieurs enfants, âgé de quarante-huit ans, au moment de son admission, octobre 1880. Jusqu'au commencement de cette année, il avait parfaitement géré ses affaires, menait une vie très régulière, et paraissait jouir d'une excellente santé. A cette époque, il fut atteint d'une affection fébrile très grave (?) contre laquelle on lui fit prendre de très fortes doses de quinine. Il eut de la peine à se remettre ; la con-

valescence fut interminable, et on lui conseilla de faire un voyage en France pour achever la guérison; sur le bateau même éclatèrent les premiers symptômes de délire, et, à peine arrivé en France, le malade dut être placé à Charenton. Il est mort dans le courant de 1882.

D'autres affections, qu'on s'attendrait à rencontrer fréquemment dans les antécédents des paralytiques généraux, ne paraissent au contraire exercer qu'une influence très modérée : telle l'*épilepsie*. Je n'ai connu que deux épileptiques qui soient devenus paralytiques généraux :

L'un, âgé de trente-trois ans, employé de commerce, épileptique depuis son enfance (son père était également épileptique). Il s'était cependant marié, perdit bientôt sa femme, ce qui lui causa un profond chagrin. Entré en mars 1881, il mourut dans le marasme en août 1884, et, chose bien extraordinaire, pendant les trois ans qu'il passa dans mon service, il n'eut jamais d'attaque épileptiforme.

Le second, âgé de quarante-deux ans au moment de son admission, janvier 1887, avait depuis l'enfance, et à propos de la moindre contrariété, des *syncopes* : il pâlissait, perdait connaissance, tombait même par terre, et en revenant à lui, se plaignait de forts maux de tête. Cependant il gérait un commerce important, s'était marié et avait trois enfants. La mère de ce malade présente exactement les mêmes symptômes, et on les constate déjà chez deux des enfants. Les premiers signes d'affaiblissement intellectuel remontent à un an environ, et sont attribués à des contrariétés dans les affaires. Ce malade n'est resté que deux mois

à Charenton : pendant ce temps il n'a eu aucune de ses *syncopes*.

Si l'influence de l'épilepsie est si minime, il en est autrement de celle de l'*ataxie locomotrice progressive*. Depuis les travaux de Baillarger, qui le premier a signalé cette coïncidence, un assez grand nombre d'observations ont été publiées, et l'on a cherché à cette complication une explication qui a paru toute naturelle : l'ataxie tenant à une sclérose de la moelle épinière et la paralysie générale s'accompagnant d'une sclérose du cerveau, on s'est dit que dans certains cas la lésion de la moelle pouvait se propager de bas en haut. Je me suis déjà élevé contre cette théorie[1], qui ne me paraît justifiée en aucune façon. Cliniquement d'ailleurs, la paralysie générale ne survient que très rarement chez les ataxiques : je n'en ai que trois cas parmi mes 340 observations. Par contre, dans la même période de temps, j'ai vu un assez grand nombre d'ataxiques devenus aliénés, j'en ai encore en ce moment dans mes salles : ce ne sont pas des paralytiques généraux.

L'*érysipèle de la face* a été signalé par notre maître Baillarger. Je n'ai qu'un seul cas où cette cause ait été invoquée. Il s'agit d'un lieutenant de dragons, âgé de quarante-un ans, peu intelligent et presque illettré : il n'était devenu officier que grâce aux événements de 1870, et j'ai pu juger des efforts que le malheureux devait s'imposer pour remplir les obligations de son grade. En 1878, au mois d'août, il se fit opérer d'une tumeur qu'il avait au front (loupe ?) : érysipèle de la

[1] *Bulletin de la Soc. de médecine de Paris*, 1879.

face consécutif. A peine remis, il dut partir pour les grandes manœuvres, au retour desquelles il commença à délirer. Entré en avril 1879, il succomba au bout de deux ans.

A cette observation je rattacherai la suivante : un gendarme, âgé de trente-deux ans, reçoit de son cheval un coup de tête qui lui fait une forte contusion à la face. Consécutivement un abcès se développe (dans le sinus maxillaire sans doute), et dure pendant plus d'un an; enfin, il finit par guérir, mais on s'aperçoit alors que le gendarme perd la mémoire, qu'il se met à boire; on le transfère au Val-de-Grâce et de là à Charenton, où il arrive en proie à une agitation maniaque tout à fait caractéristique : il fut retiré par sa famille après six mois de séjour. Y avait-il un rapport à établir entre l'abcès du sinus maxillaire et la paralysie générale : c'est ce que je me suis souvent demandé.

En résumé, la question des rapports de la paralysie générale avec les affections aiguës, ou chroniques, antérieures, est encore fort obscure : elle mérite à tous égards d'attirer l'attention.

Causes morales. — Un très grand nombre de malades ont eu à supporter de violents chagrins : perte de la fortune, mort d'un enfant, mort de la femme, ambition déçue, déceptions de toutes sortes. Ce sont même les causes le plus généralement invoquées par les familles; leur action est lente, progressive. Mais quelquefois, la cause morale agit à la façon d'un traumatisme, elle produit un choc violent, soudain, dont le malade ne se relève plus. J'ai vu mourir à Maréville un négociant qui, conseiller municipal de

son village en 1870, avait été arrêté par les Prussiens et sur le point d'être fusillé. — Un médecin avait couru le même danger pendant la Commune, et n'avait échappé que par miracle. — Un négociant avait vu son magasin envahi, pillé, incendié, lui-même menacé de mort, etc.[1].

Dans la revue qui précède, j'ai essayé de faire le relevé, aussi complet que possible, des causes qui ont pu être signalées, avec apparence de raison, dans mes observations. Il est évident qu'en pareille matière, on ne saurait jamais se flatter d'arriver à l'exactitude absolue, et l'on n'apprendrait pas grand' chose sur la genèse véritable de la maladie, si l'on se bornait à cette énumération.

Dire que chez tant de malades on a trouvé telle cause, — chez tant d'autres telle autre cause, — pour arriver en définitive à une simple comparaison de chiffres, — ne me semble pas le moyen de dégager une conception étiologique plausible. D'autant plus, que dans la réalité, on ne voit jamais aucune de ces causes agir isolément; elles se mêlent, se compliquent, se combinent de mille façons. On peut en juger par les exemples suivants :

I. A., boucher, cinquante-six ans, sans être alcoolique, n'était pas sobre; depuis une dizaine d'années, il souffrait de bourdonnements d'oreilles, quand, en 1870, dans une rixe avec des soldats allemands, il fut frappé violemment à la tête (coups de poing et coups de crosse de fusil). En 1873, il perd un fils aîné âgé de dix-huit ans; depuis ce moment le dérangement mental s'accentue. Il meurt dans le marasme en janvier 1877.

[1] En résumé, ces conclusions ne diffèrent guère de celles que nous avons données, le Dr Ritti et moi, dans notre article *Paralysie générale*, du Dictionnaire de Dechambre.

Le cas suivant est encore plus complexe :

II. V.., capitaine d'artillerie, quarante-trois ans; fils unique de petits cultivateurs, il arrive, à force de travail et de peine, à l'école polytechnique, et sort dans l'artillerie. Quelques années après, il s'attache à une veuve, mère d'un enfant, et vit maritalement avec elle. Pendant de longues années, il eut à s'imposer toutes sortes de privations pour entretenir ce ménage, dont il fallait absolument cacher l'existence à ses parents. La femme devint folle, et dut être placée dans un asile d'aliénés; mais elle avait eu le temps de faire des dépenses extravagantes, ce qui jeta le malheureux officier dans des embarras absolument inextricables. Un jour que V... était allé visiter la malade, celle-ci, au moment où il sortait de la cour, se précipita d'une fenêtre du deuxième étage et vint tomber, grièvement blessée, à ses pieds; elle succombait quelques mois après. Déjà V... donnait des signes non douteux de paralysie générale: des attaques épileptiformes l'emportèrent deux mois environ après son entrée.

On voit ici le surmenage cérébral, les préoccupations, les chagrins, les difficultés de l'existence, se réunir pour agir sur le cerveau de V...: le dernier coup lui est porté par une secousse terrible.

A ces deux faits, que j'ai choisis parmi ceux qui m'ont été le mieux connus, j'en ajouterai quelques autres :

III. F.., artiste sculpteur, vingt-huit ans, petit-fils d'un des grands peintres du siècle dernier. Double prédisposition héréditaire: grand-père maternel et oncle paternel morts aliénés. A mené une jeunesse dissipée, a eu la syphilis et a subi un traitement spécifique énergique. Dans les derniers temps a épousé sa maîtresse, et s'est trouvé dans une situation fort embarrassée. Déceptions artistiques; quelques-unes de ses œuvres avaient été accueillies avec faveur : il rêvait le chef-d'œuvre qui devait le mettre hors de pair et lui apporter gloire et fortune. Il vient de s'éteindre à Charenton.

IV. M.., capitaine d'infanterie, cinquante-deux ans. Un frère et une sœur idiots. A plusieurs idiots et aliénés dans sa famille. Il y a douze ans, coups de sabre sur la tête. Se marie et se trouve dans une situation gênée, avec une femme presque constamment malade.

V. D.., employé de commerce, quarante-cinq ans. Terrible frayeur pendant la commune, a failli être exécuté. Quelques années après, violent chagrin de la mort de sa femme.

VI. D.., trente-huit ans, capitaine d'infanterie. Prédisposition héréditaire : l'un des parents (père ou mère ?) aliéné. En 1870, pendant la guerre, violente frayeur : le train dans lequel il était transporté avec sa compagnie déraille; il échappe heureusement à la mort, mais voit périr sous ses yeux plusieurs de ses soldats. En 1873, chute de cheval. En 1878, insolation en Algérie; à partir de ce moment les troubles intellectuels s'accentuent ; il succombe en 1879.

Je terminerai par l'observation suivante[1] : F... a eu un père alcoolique, un oncle aliéné; cependant, jusqu'à l'âge de quinze ans, il ne présente rien de particulier; il était très intelligent et l'un des premiers de sa classe. A quinze ans, fièvre typhoïde, qui lui fait tomber les cheveux et les sourcils, et lui fait oublier tout ce qu'il avait appris; il fallut recommencer toutes ses études, et l'on s'aperçut, à partir de ce moment, qu'il n'était plus capable d'une attention soutenue, qu'il était devenu bizarre, excentrique. En 1870, au moment de la guerre, il partit comme soldat (il avait 21 ans), mais il fut bientôt renvoyé dans sa famille avec un certificat d'aliénation mentale. Devenu chanteur de café-concert, il acquit une très grande vogue; mais son existence ne fut qu'une suite d'extravagances et de gaspillages avec des maîtresses qui l'exploitaient. Un jour, dans une dispute avec l'une d'elles, celle-ci lui lança au front une carafe, qui lui fit une profonde blessure, dont la cicatrice reste visible : elle eut pour résultat un strabisme divergent de l'œil du côté blessé. Vers 1882, premiers signes de la paralysie générale à laquelle il succomba trois ans plus tard.

Ces exemples, que j'aurais pu multiplier, montrent

[1] Elle a été reproduite récemment dans une thèse.

que dans l'étiologie de la paralysie générale, il faut toujours s'attendre à rencontrer des causes multiples; mais aussi que ces causes n'offrent rien de spécifique : c'est la remarque que j'ai déjà faite plus haut.

Au fond cependant, tous ces faits ne sont pas si dissemblables qu'ils le paraissent de prime abord, et en y regardant de près, il me paraît possible d'en tirer une donnée générale, de faire en quelque sorte la synthèse de cette étiologie d'apparence si diverse.

Les auteurs qui se sont occupés de cette question ont généralement cédé à la tendance d'invoquer une cause unique. Pour les uns, le seul coupable c'est l'alcool, et leur principal argument c'est que la paralysie générale augmente de fréquence parallèlement aux progrès de l'alcoolisme. Les autres accusent exclusivement les excès vénériens; d'autres encore la syphilis.

Je crois que le problème n'est pas aussi simple, et j'ai essayé de montrer que toutes ces causes sont loin d'avoir l'influence qui leur a été attribuée. Cependant, étant donnée l'identité de lésions et de symptômes qui se retrouve chez tous les paralytiques généraux, il est permis de se demander s'il n'y a pas, dans tous les cas, et à l'origine de la maladie, une influence étiologique toujours la même.

Tout d'abord il convient de se demander s'il n'existe pas une prédisposition à la paralysie générale. Or, à cet égard un premier point me paraît à noter : lorsque l'on étudie les paralytiques généraux au point de vue de leur état cérébral, antérieur à la maladie, on constate (c'est du moins le résultat de mon expérience) que presque tous n'avaient qu'une capacité intellec-

tuelle médiocre, ne dépassant pas la moyenne, ou même restant en dessous. Chez ceux que l'on pouvait citer pour leurs facultés brillantes, il existait en même temps des lacunes singulières : il n'en est aucun qui se fît remarquer par une intelligence supérieure, bien pondérée.

Cette faiblesse intellectuelle (faiblesse toute relative, cela va sans dire) n'a pas toujours la même origine.

Chez les uns elle est congénitale : ce sont des *héréditaires*, des *dégénérés*, qui, en venant au monde, avaient déjà cette défectuosité psychique dont ils devaient porter la peine plus tard; chez eux on peut constater les stigmates physiques si caractéristiques : asymétrie du crâne ou de la face, implantation vicieuse des oreilles, etc.

Chez les autres au contraire, elle est survenue accidentellement, dans l'enfance, à l'époque de la puberté, ou même plus tard, sous l'influence de causes telles que les convulsions, la fièvre typhoïde, un traumatisme du crâne, une insolation, une frayeur, une émotion violente, etc. Tous ces individus, à cerveau ainsi amoindri, sont exposés à tous les chagrins, à tous les déboires, à toutes les déceptions de l'existence. Mais ces chagrins, ces déboires, ces déceptions, qui sont comme la monnaie courante de la vie, nul, dans la carrière même la plus heureuse, ne peut se vanter d'y échapper; et il n'est personne qui arrive à l'âge moyen, sans avoir eu à pleurer un de ceux qui lui étaient particulièrement chers, sans avoir éprouvé quelque perte d'argent, ou quelque déception d'amour-propre, ou des contrariétés de toute espèce. Cependant ceux-là seuls succombent à qui manque la force de résistance

nécessaire, et c'est dans cette catégorie que je range les prédisposés à la paralysie générale.

Pour eux également, le moindre écart devient un excès; ils supportent mal la boisson, les plaisirs vénériens, et, sans être ni des alcooliques, ni des débauchés, ils dépassent facilement la mesure de ce qui leur est permis.

Enfin, quelle que soit d'ailleurs leur position sociale, s'ils sont astreints à un effort intellectuel continu, et qu'il faille renouveler chaque jour, cet effort intellectuel, si minime qu'il soit, sera encore de trop pour eux; il les *surmènera*, et la paralysie générale sera le résultat final.

D'ailleurs, que l'on ne s'y trompe pas : le *surmenage* ne suppose pas nécessairement un effort exagéré, violent; il y a *surmenage* chaque fois que l'effort demandé est disproportionné avec la capacité de l'organe[1]. Aussi est-il une troisième catégorie de malades; ce sont ceux qui, ne présentant aucune tare, ni congénitale, ni

[1] J'ai déjà touché cette question de *surmenage* dans une note que j'ai lue à la Société de médecine de Paris (*Union médicale*, 9 avril 1887), et j'ai montré que, contrairement à ce que l'on pouvait supposer, ce ne sont pas les officiers sortis des écoles spéciales (Polytechnique, St-Cyr, Navale), qui fournissent le plus fort contingent à la paralysie générale. Ainsi, sur 68 officiers paralytiques généraux, 2 seulement étaient d'anciens polytechniciens, 6 avaient passé par St-Cyr, 1 par l'Ecole navale : tous les autres sortaient des rangs. Et en effet le surmenage doit être plus fréquent chez ces derniers. Les officiers sortis des écoles se recrutent parmi les enfants, qui, dès leur début au collège, ont été reconnus assez intelligents pour continuer leurs études, et qui, soumis à un entraînement progressif, sont arrivés, sans trop d'efforts, au résultat qu'ils ambitionnaient. Chez eux, les effets du surmenage se seraient fait sentir beaucoup plus tôt, avant même l'entrée à l'école, ou tout de suite après la sortie. Il n'en est plus ainsi de ceux que des circonstances favorables, souvent inattendues, font sortir des rangs inférieurs où devait s'achever leur carrière, pour les porter à une situation plus élevée, à laquelle ils n'étaient pas préparés, et où ils n'ont pu se maintenir qu'au prix d'efforts inouïs. Beaucoup ont été ainsi victimes d'un avancement de grade : ils ont bientôt fléchi sous le poids de leurs nouvelles obligations.

acquise, par conséquent aucune prédisposition, succombent cependant, parce qu'ils ont demandé à leur cerveau plus qu'il ne pouvait donner. Ces exemples ne sont pas rares; nous en avons tous rencontré.

En résumant les considérations qui précèdent, je crois que l'étiologie de la paralysie générale peut se réduire aux termes suivants :

1° *Causes prédisposantes:* faiblesse relative du cerveau, congénitale ou acquise (au moins dans le plus grand nombre des cas);

2° *Causes occasionnelles :* tout ce qui est susceptible de déterminer une fatigue prolongée de l'organe (chagrins, veilles, excès de travaux intellectuels ou physiques, etc.). Ces dernières causes peuvent se résumer en un mot : le *surmenage.*

De telle sorte que, si je voulais résumer tout ce qui précède dans une formule générale, je dirais que « la cause de la paralysie générale, c'est le *surmenage du cerveau* dans l'âge adulte[1] ».

Si ces vues sont exactes, il serait possible de pousser l'analyse plus loin et d'arriver par induction à déterminer la lésion originelle de la maladie. Car si l'on examine de près toutes les causes que j'ai énumérées, celles dont l'action est soudaine et violente (frayeur, émotion vive), aussi bien que celles qui n'agissent que lentement et insidieusement (chagrins, préoccupations, contention d'esprit), il n'est pas douteux qu'elles se traduisent toutes par des modifications, brusques ou lentes, dans la circulation cérébrale. J'en dirai autant des causes physiques (traumatisme, insolation, excès,

[1] C'est la conclusion de M. le professeur Lefèvre de Louvain; mais il y est arrivé par des considérations toutes différentes.

insomnie, etc.). Au début, le trouble circulatoire est purement fonctionnel et passager ; mais il ne tarde pas à devenir organique et permanent, et il aboutit à ces lésions vasculaires, qui pour beaucoup d'auteurs sont le point de départ des altérations que nous constatons dans le tissu même de l'encéphale. On voit que, cliniquement, j'arrive aux conclusions auxquelles se sont arrêtés des observateurs, tels que Meyer, Lubimoff, Rindfleisch, Magnan, etc., qui n'hésitent pas à placer dans les vaisseaux cérébraux l'origine des lésions de la paralysie générale[1].

Un dernier mot pour expliquer ce que je disais en commençant au sujet de l'augmentation de fréquence de la paralysie générale depuis qu'elle est connue. Cette augmentation me paraît réelle, car, si les causes que j'ai examinées ne sont pas nouvelles, si elles existaient autrefois tout comme aujourd'hui, il faut reconnaître cependant qu'elles exercent maintenant leur action dans des conditions toutes différentes : notre état social diffère profondément de ce qu'il était il n'y a qu'un siècle (pour ne prendre que ce terme de comparaison). Il y a cent ans à peine, chacun en naissant trouvait en quelque sorte son existence toute tracée : les choses étaient arrangées de telle façon que, dans la carrière où le hasard l'avait fait naître, la concurrence fût réduite au minimum. Sans grands efforts, sans compétition

[1] C'est aussi l'opinion de Luys : qu'il s'agisse, dit-il, « d'incitation d'ordre moral, de chagrins, de déceptions, d'une surexcitation intellectuelle prolongée, de nuits passées sans sommeil. Qu'il s'agisse de substances étrangères introduites dans l'économie, de liqueurs alcooliques surtout..., qu'il s'agisse de méningites traumatiques ou d'origine syphilitique, le processus pathogénique est toujours le même au fond : c'est un travail d'hypérémie congestive qui s'organise, qui se perpétue, et donne naissance à des néoplasies scléreuses, etc. » (*Traité*, p. 549).

ardente, chacun arrivait presque sûrement à son but; généralement il vivait et mourait, non seulement dans la ville ou le village, mais dans la maison même où il était né, et il n'avait qu'à cheminer paisiblement dans l'ornière que son père avait tracée. Il en est tout autrement aujourd'hui : les conditions de l'existence sont profondément changées. Chacun a devant les yeux un horizon sans limites, et peut se dire que de lui seul il dépend d'arriver à la place qu'il souhaite : toute ambition lui est permise et est légitime. Il en résulte que partout augmente le nombre des concurrents ; le combat pour la vie devient chaque jour plus âpre, et ceux qui entrent dans la mêlée sans être suffisamment armés sont presque sûrs de succomber. Tel qui, dans une condition donnée, aurait pu, jadis, fournir une carrière honorable et paisible, est obligé aujourd'hui, pour arriver au même résultat, de déployer une somme d'efforts sous lesquels il fléchit bientôt.

C'est ainsi que le nombre des *surmenés* augmentant fatalement, il me paraît que le nombre des paralytiques généraux doit lui-même augmenter, et, si mes vues sont justes, rien n'autorise à penser que cette augmentation doive actuellement s'arrêter. Mais ce n'est pas la *civilisation* qu'il faut accuser, car la *civilisation*, mot vague, et dont on abuse, renferme plus de bien que de mal, et rend meilleures les conditions de l'existence. Le seul coupable, c'est le *surmenage*, qui frappe fatalement ceux qui ne sont pas de taille à supporter « *le combat pour la vie* ».

CLINIQUE NERVEUSE

DE L'ÉPILEPSIE PROCURSIVE[1];

Par BOURNEVILLE et P. BRICON

II. Épilepsie avec aura procursive

Nous distinguerons les malades qui, sans avoir eu, du moins à notre connaissance, des accès procursifs isolés, ont des accès précédés d'une course, de ceux qui, atteints auparavant d'épilepsie procursive isolée antérieure, ont encore des phénomènes procursifs constituant alors une sorte d'aura de l'accès ordinaire. Ces malades doivent-ils être considérés comme atteints d'une des formes de l'épilepsie procursive, en présentent-ils les lésions anatomiques jusqu'ici constatées ? C'est un point sur lequel il nous est impossible de nous prononcer pour l'instant, nos documents étant insuffisants. Ces auras procursives peuvent encore être rapprochées des actes automatiques préépileptiques et n'en sont peut-être qu'une exagération.

Observation XX. — *Epilepsie. — Père, hémiplégie droite. — Mère nerveuse ; — grand-père maternel, mort à quatre-*

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, vol. XIII, nº 39, mai 1887, p. 321, et vol. XIV, nº 40, p. 55.

vingt et un ans d'une pneumonie ; — grand'mère maternelle morte à quatre-vingts ans d'une hémiplégie droite. — Asphyxie à la naissance ; — convulsions à dix-huit mois ; — parole et marche tardives ; — rougeole ; — ophthalmie. — Premier accès à dix-sept ans ; — vertiges ; — aura procursive ; — violences.

Jan.... (François-Ferdinand), né le 2 juillet 1845, est entré le 16 décembre 1884 à Bicêtre. (Service de M. Bourneville.)

Renseignements fournis par sa mère (9 décembre 1885). — *Père*, fabricant de chapeaux, intelligent, fort, de taille moyenne, très sobre ; marié à l'âge de trente ans, est mort à cinquante-deux ans, des suites d'une *hémorrhagie cérébrale* (?) (hémiplégie droite avec aphasie, intelligence conservée) qui avait été précédée pendant trois ans de violentes céphalalgies. [*Père*, fabricant de chapeaux, mort à trente et un ans. *Mère*, morte à soixante-dix ans, sans qu'on puisse dire de quelle maladie. — Pas de renseignements sur les *grands-parents*, et renseignements confus sur les collatéraux. — Pas d'épileptiques, de difformes, de criminels, de suicides, etc., dans la famille.]

Mère, soixante-quatorze ans et demi, coloriste ; elle est très impressionnable, éprouve parfois, à la suite de chagrins, des serrements de gorge avec claquements des dents. — Elle est de taille moyenne, maigre, porte une moustache qui a toujours été très fournie, même dès sa jeunesse ; bien réglée, elle s'est mariée à vingt-six ans, et n'a jamais été malade. — [*Père*, mort à quatre-vingt-un ans d'une pneumonie. *Mère*, morte à quatre-vingts ans des suites d'une *hémiplégie droite* survenue quatre ans auparavant ; elle était vive, impressionnable, mais n'a jamais eu d'attaques nerveuses. — On n'a aucuns renseigements sur les grands-parents. Pas d'épileptiques, etc., dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Cinq *enfants*, quatre fausses couches (à 6, 4, et 3 mois) : 1° fille, modiste, bien portante, intelligente, pas de convulsion ; — 2° garçon, né avant terme, mort en nourrice à l'âge d'un mois ; — 3° notre malade ; — 4° fille, onze ans, impressionnable, tumeur fibreuse de l'utérus, pas de convulsions ; — 5° garçon, mort à l'âge de six ans et demi, on ne sait de

quoi. — Il vomissait depuis longtemps. — Pas de convulsions.

Notre malade. — Lors de la *conception* le mari faisait de mauvaises affaires, souffrait de céphalalgies avec étourdissements. — *Grossesse* bonne, sauf les chagrins occasionnés par le mauvais état de leurs affaires. — *Accouchement* à terme, rapide. — *Asphyxie* à la naissance. — Elevé en nourrice au sein et au biberon (lait de chèvre). — *Première dent* à cinq mois. — A dix-huit mois, étant encore en nourrice, il aurait eu, à diverses reprises, des *convulsions* assez graves pour qu'un instant on le crût mort. Il a marché et a été propre à deux ans; il n'a parlé assez bien qu'à trois ans. Vers quatre ans, rougeole. — A huit ans, *ophthalmie grave* (taie sur l'œil droit), pas d'autres maladies, sauf des furoncles.

Il a fréquenté l'école de sept à dix-sept ans; il a appris à lire et à écrire, mais toujours l'intelligence a été peu développée; il était joueur, taquin; aimant à vagabonder avec d'autres enfants, mais n'a commis aucun acte répréhensible. — D'un caractère très emporté, il aurait battu sa mère si l'on ne s'y était opposé. — Il a été mis en apprentissage, comme relieur, à dix-sept ans chez un patron avec lequel il buvait de l'*absinthe.* Il y est resté un an. — C'est à cette époque que s'est déclaré le *premier accès;* il venait de prendre de l'absinthe. Les accès assez rapprochés (tous les huit jours) ont d'abord été *nocturnes.* — Les accès se sont ensuite rapprochés, éclataient aussi bien de jour que de nuit, mais surtout à la suite de contrariétés ou d'émotion. — On n'aurait noté de *vertiges* et de *secousses* (?) que depuis l'âge de vingt ans.

Actuellement l'accès présente les caractères suivants : il est précédé d'une sorte de fatigue, ou bien le malade éprouve un besoin irrésistible de s'en aller, de *courir;* il lui est arrivé quelquefois de descendre ainsi cinq étages avant d'aller tomber ensuite dans la cour; il pâlit, tombe comme une masse sans cri initial. — Périodes tonique et clonique[1]. — Pas d'écume. — Coma. — Pas de troubles intellectuels à la suite des accès. Voici la marche des accès :

[1] A la fin de la période clonique, au dire de sa mère, il s'accrochait aux objets environnants. Celle-ci prétend que, dans la rue, l'accès n'était pas précédé de course.

MOIS	1884		1885		1886	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier	»	»	2	»	»	»
Février	»	»	3	»	»	»
Mars.	»	»	4	»	»	»
Avril.	»	»	»	»	1	»
Mai	»	»	7	»	1	»
Juin	»	»	3	»	1	»
Juillet.	»	»	5	»	»	»
Août.	»	»	2	»	»	»
Septembre	»	»	»	»	1	»
Octobre	»	»	»	»	»	»
Novembre.	»	»	»	»	»	»
Décembre.	3	»	»	1	»	»
Totaux	3	»	24	1	4	»

Pas d'accès ni de vertiges en 1887.

Poids. — 1884. Décembre. 50 kil. 800 gr.
— 1885. Janvier. 51 kil.
— — Août. 52 kil. 500 gr.
— 1886. Janvier. 50 kil.
— — Août. 51 kil. 500 gr.
— 1887. Janvier. 50 kil. 400 gr.

Taille. — 1 m. 62.

Les actes procursifs précurseurs de l'accès paraissent inconstants et ne semblent pas avoir été observés au début de la maladie; ils semblent constituer une aura et ne paraissent pas avoir jamais existé isolément. — L'épilepsie de ce malade s'écarte sensiblement de celle observée chez Grand... et Vall... par le petit nombre d'accès constatés au début de l'affection, par

leur diminution, puis ensuite par leur disparition depuis près d'un an.

Observation XXI. — *Idiotie. — Epilepsie. — Grand-père, grand'mère paternels, tante paternelle, cousine, morts à la suite d'attaques d'apoplexie. — Grand-père maternel, alcoolique. — Grand'mère et oncle maternels morts de phthisie. — Chute pendant la grossesse. — Première crise procursive à trois ans. — Pleurésie. — Mort.*

Autopsie. — *Pleurésie purulente enkystée droite. — Noyaux de sclérose tubéreuse sur les circonvolutions et les ventricules latéraux.*

Cail... (Adolphe), vingt et un ans, entré le 18 juillet 1872 à l'hospice de Bicêtre (service de M. Bourneville), décédé le 21 octobre 1879.

Renseignements fournis par les parents. — *Père*, cinquante-trois ans, joaillier, bien portant, n'a eu aucune maladie nerveuse, ni cutanée, il a perdu par des *attaques d'apoplexie* son *père* à soixante-quatre ans, sa *mère* à cinquante-cinq ans; celle-ci serait restée quelque temps *paralysée*. Un frère bien portant; une *sœur* est morte *paralysée* consécutivement à une *attaque d'apoplexie*. Il n'y a dans sa famille ni aliénés, ni difformes, etc.

Mère, quarante ans, sans profession, n'a eu ni migraine, ni dartres; elle est très impressionnable, a quelquefois des *faiblesses* et même des pertes de connaissance. — [*Père*, cordonnier, alcoolique, a succombé à une affection génito-urinaire. — *Mère* morte d'accidents pulmonaires sans avoir jamais eu d'affection nerveuse. Un *frère* bien portant, un autre mort de la poitrine, une *sœur* morte subitement d'un anévrysme à trente-trois ans. Ni aliénés, ni épileptiques, ni suicides, etc., dans la famille]. — Pas de consanguinité.

Deux enfants : 1° un mort de scrofules à quatre ans sans avoir eu de convulsions; il était très intelligent;

2° *Notre malade.* — Sa mère fit deux chutes pendant sa *grossesse :* la première fois elle tomba sur le ventre, *avec perte de connaissance;* la deuxième fois elle tomba dans une cave, elle était au troisième ou sixième mois de sa grossesse. Elle eut aussi des scènes de colère à éprouver de son mari, ce qui lui

était d'autant plus sensible qu'elle avait été gâtée chez ses parents. Le développement du ventre pendant sa grossesse était tel qu'on soupçonnait une grossesse gémellaire. Accouchement à terme, laborieux, mais naturel. Il y eut issue d'une grande quantité d'eau. Elevé au sein par une nourrice jusqu'à quatre ou cinq mois, par une autre durant un mois, enfin élevé au biberon avec du *lait de chèvre*. Ce qui frappa chez l'enfant ce fut le développement exagéré de la tête. Il a commencé à marcher à trois ans, à parler à cinq ans répétant ce que l'on disait; il n'a jamais été intelligent.

C'est à trois ans qu'il eut son *premier accès convulsif* : tout d'un coup il quitta la main de sa mère, fut précipité en avant comme s'il *courait* et tomba en proie à des convulsions. Pendant plusieurs années il *courait en hurlant* à chaque crise et se *levait* si l'accès le prenait lorsqu'il était couché[1]. Il avait encore *ses courses en avant à son entrée* à Bicêtre. On ne sait pas exactement à quelle époque elles ont disparu; dans les accès de ces dernières années il poussait des cris violents, se tordait, devenait de toutes les couleurs, il écumait peu, ne se mordait pas la langue. Ses accès étaient plutôt diurnes que nocturnes. — Pas de folie, ni de kleptomanie, ni de pyromanie; il aimait à arracher les fleurs des arbres. — Pas d'onanisme, pas de propension génitale; il gâte quelquefois dans ses accès.

Affectueux pour ses parents, il n'est pas violent. L'intelligence ne s'est jamais développée, il n'a pu apprendre que ses lettres, ne savait pas compter spontanément; il répondait assez mal aux questions qu'on lui posait, ne disant que oui ou non, et encore il fallait insister; alors il répétait ce qu'il avait entendu. — Il n'a jamais eu de gourme, ni aucune maladie, si ce n'est une carie vertébrale pour laquelle il a été soigné à l'hôpital des Enfants malades et qui a laissé des cicatrices.

1879. 17 *octobre*. — Le malade ne s'est couché que le 17 octobre. — Le 16 on n'avait rien remarqué de particulier, il allait et venait, se promenait (de préférence dans les endroits solitaires), et cela comme d'habitude, il mangeait au réfectoire; on n'avait pas observé qu'il eut moins d'appétit. Dans la nuit du 16 au 17, le veilleur avait noté un peu d'oppression; néan-

[1] Selon une note prise par M. Delasiauve le 16 août 1872, « sa mère affirme qu'il était *hydrocéphale* dans sa jeunesse, qu'il a eu de nombreuses et violentes convulsions jusqu'à l'âge de six ans ».

moins, le malade s'était levé spontanément, avait pris suivant une vieille habitude une tablette de chocolat et était descendu dans la cour; c'est là que le surveillant, auquel le veilleur avait signalé le malade, le vit, constata qu'il était souffrant et l'envoya à l'infirmerie. Le malade ne s'était plaint et ne se plaingnait de rien, il ne pouvait d'ailleurs donner aucun renseignement, en raison de son état d'imbécillité. — Durant l'examen, pas de parole, pas de toux ou toux incomplète. L'auscultation dénote des râles sibilants et ronflants mêlés de quelques râles sous-crépitants disséminés dans les deux poumons. La percussion donne à droite une submatité remontant assez haut et diminuant à mesure que l'on s'élève et se confondant en bas avec la matité du foie sans donner une ligne de séparation nette entre la percussion du foie et du poumon. — Rien d'anormal au cœur. La matité du foie remonte un peu haut et descend à deux travers de doigts des fausses côtes. La palpation du foie au-dessous des fausses côtes droites confirme ce renseignement. — Pas d'augmentation apparente de la rate. T. R. 38°,2. — *Soir* : oppression extrême, lèvres bleuâtres, cyanosées. — Vingt ventouses sur la poitrine calment un peu l'oppression. T. R. 39°,6.

18. — On remarque du mucus nasal et palpébral en assez grande quantité. La paupière supérieure droite est rosée et gonflée. P. petit régulier à 136; R. à 56. — T. R. 39°,1. — *Soir :* 39°,2. — *Traitement :* 60 ventouses sèches; ipéca stibié; potion avec infusion d'ipéca $0^{gr},25$ et rhum.

19. — L'oppression est constante, pas d'accès de dyspnée; cependant elle est plus marquée le soir. Râles sous-crépitants, sibilants et ronflants des deux côtés dans toute la hauteur. — 40 ventouses sèches en arrière. Vésicatoire en avant. P. 120; T. R. 38°,8.

20. — Le malade est un peu plus éveillé; montre sa langue qui est humide. — A l'auscultation, râles variés, mais surtout râles sibilants, quelques râles sous-crépitants à la base du poumon droit. Garde-robe régulière, ne gâte pas. P. 120; R. 40; T. R. 38°. — *Soir :* 40°.

21. — C... a pris du potage, du lait, un œuf. — Une garde-robe liquide. Muguet. P. petit, irrégulier, à 120; R. à 48; T. R. 38°,8. — La face et les traits sont altérés; cyanose des lèvres et des conjonctives, mort l'après-midi à une heure.

MOIS	1872		1873		1874		1875		1876		1877		1878		1879	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier	»	»	5	»	9	»	25	»	4	»	5	»	9	»	6	»
Février	5	»	5	»	3	»	2	»	4	»	6	»	5	»	10	»
Mars	»	»	1	»	13	»	29	»	7	»	8	»	5	»	4	»
Avril	»	»	4	»	6	»	5	»	13	»	8	»	6	»	6	»
Mai	»	»	4	»	15	»	5	»	6	»	4	»	5	»	10	»
Juin	»	»	6	»	4	»	6	»	7	»	3	»	2	»	5	»
Juillet	1	»	8	»	3	»	4	»	9	»	8	»	7	»	4	»
Août	6	»	6	»	1	»	2	»	10	»	22	»	7	»	6	»
Septembre	8	»	4	»	2	»	8	»	6	»	6	»	6	»	5	»
Octobre	6	»	5	»	6	»	2	»	3	»	7	»	8	»	7	»
Novembre	8	»	9	»	»	»	4	»	5	»	5	»	8	»		
Décembre	4	»	4	»	6	»	3	»	1	»	4	»	6	»		
TOTAUX	38	»	61	»	68	»	95	»	75	»	86	»	64	»	63	»

Autopsie, le 23 octobre 1879. — *Thorax. Poumon gauche.* Très adhérent au thorax et au diaphragme, pas de liquide dans la plèvre. Injection très prononcée des bronches. Congestion du poumon avec un peu d'œdème à la partie postérieure du lobe inférieur. — *Poumon droit.* Adhérence telle qu'il faut enlever la plèvre pariétale pour sortir le poumon du thorax. La plèvre a près de 2 millimètres d'épaisseur. On trouve une *pleurésie enkystée* siégeant en avant dans les deux tiers inférieurs de la poitrine, refoulant le cœur un peu à gauche et en bas, abaissant le foie et s'étendant seulement latéralement. La poche semble séparée incomplètement en deux autres : 1° la gauche plus petite ayant un prolongement infundibuliforme vers le diaphragme, la paroi de la poche est amincie ; — 2° la droite plus profonde se prolonge vers la base de la poitrine jusqu'à l'hypochondre. — Le poumon droit refoulé en arrière occupe toute la cavité droite du thorax ; il est très congestionné surtout à sa partie postérieure. L'épanchement siégeait principalement dans la partie antérieure et médiane de la plèvre diaphragmatique et était de nature purulente. — *Cœur.* Hypertrophie du ventricule gauche (330 gr.); quelques caillots fibrineux dans le ventricule droit. Quelques taches laiteuses sur la valvule tricuspide et la mitrale. Pas de sclérose. Quelques plaques athéromateuses de l'aorte.

Abdomen. — *Estomac.* Rien d'anormal. — *Rate.* Volumineuse (290 gr.) ; tissu ferme, congestionné. — *Foie.* Assez volumineux (1,640 gr.), non congestionné. — *Reins.* Très volumineux et très congestionnés (260 gr.) ; le droit présente un petit *kyste* de la grosseur d'un pois et une cicatrice très foncée résultant d'un autre kyste.

Crâne. — Epaisseur normale en avant, un peu augmentée en arrière. — *Encéphale* (1,600 gr.). — *Pie-mère,* un peu congestionnée à la base surtout, un peu adhérente aux lobes frontaux. — *Artères* et organes de la base, rien de particulier. — Le *cerveau* a une longueur de 20 centim. et une hauteur de 14 centim. — L'*hémisphère cérébral gauche* pèse dix grammes de moins que l'autre. La décortication de la *pie-mère,* un peu épaissie, transparente, est facile.

Les circonvolutions sont assez développées, les sillons profonds. Sur la face interne de la première frontale on découvre une portion de la circonvolution qui est *indurée, blanche,* for-

mant un léger relief; même hypertrophie sur la partie postérieure du lobe carré.

Autres foyers ou mieux *îlots de sclérose* formant tumeurs à l'origine de la circonvolution du corps calleux, au-dessous du précédent sur la circonvolution frontale; sur la face convexe de la deuxième frontale à sa racine, à la partie la plus postérieure et la plus élevée de la scissure de Sylvius, *Insula*, *ganglions centraux*, corne d'Ammon, rien. Sur le ventricule latéral non dilaté il existe de petits *noyaux scléreux* de la membrane ventriculaire.

Hémisphère droit.— Pie-mère comme de l'autre côté. On note des *foyers d'induration* avec hypertrophie à la *partie antérieure* de la *face interne de la portion horizontale* de la *première frontale;* — sur la *circonvolution du corps calleux* immédiatement en avant de la couche optique; — sur le pli qui va de la circonvolution du corps calleux à la première frontale (face interne); — sur la partie inférieure et interne du coin (face convexe de l'hémisphère). Mêmes *noyaux* dans le *ventricule latéral droit.* — *Cervelet* et *isthme*, 200 gr.

L'attention n'ayant pas à cette époque été attirée sur les lésions possibles du cervelet dans cette forme d'épilepsie, cet organe n'a été l'objet que d'un examen superficiel, fait qui dénote une fois de plus l'utilité, non seulement de faire les autopsies aussi complètes que possible, mais de noter aussi l'absence de lésions. Notons seulement le poids un peu élevé de cet organe. Le poids moyen est, en effet, chez l'homme adulte de 143 gr. pour le cervelet, 23 gr. pour l'isthme et 8 gr. pour le bulbe, soit 173 gr. pour l'ensemble de ces organes. Rappelons que l'encéphale pesait 1,600 gr., poids élevé, dû peut-être aux îlots de *sclérose tubéreuse*[1].

[1] Cette observation de *sclérose tubéreuse* s'ajoute à celles que avons précédemment publiées.

Chez Caill..., il semble, d'après les renseignements peu précis que nous avons reproduits plus haut, que l'accès ait dès le début, puis pendant de longues années, été précédé de procursion; l'accès n'aurait jamais été limité à l'acte procursif seul. — Quoique cette forme d'accès diffère de celle dont nous avons rapporté précédemment des observations, nous devons noter la transformation progressive des accès avec aura procursive en accès vulgaires. On sait, du reste, que les épileptiques à aura voient le plus souvent cette aura disparaître après un temps plus ou moins long et que fréquemment l'aura n'est signalée que lors des premiers accès.

III. Épilepsie post-procursive.

Les phénomènes post-procursifs, et ici nous n'entendons pas parler des actes automatiques (marche, etc.), observés fréquemment après les accès, sont relativement peu communs. Nous devons à l'obligeance de M. Cullerre, médecin-directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon, l'observation suivante :

Observation XXII. — *Fièvres intermittentes. — Attaques éclamptiques à l'âge de six mois. — Petit mal consécutif. — Accès caractérisés par une impulsion irrésistible à courir. — Plus tard, grands accès incomplets suivis de la même impulsion. — Imbécillité avec mauvais instincts.*

G... (Marie-Léontine), âgée de dix ans, est admise à l'asile de La Roche-sur-Yon, le 15 mai 1880, avec le certificat suivant : « Idiotie congénitale, est une cause de préoccupation tant sur le rapport moral vis-à-vis des enfants de son âge

que sous le rapport des dégâts matériels dont elle se rend journellement coupable. » Voici les renseignements fournis sur ma demande par le médecin traitant : « Elle est née de père et de mère bien portants, non parents. Du côté paternel aussi bien que du côté maternel, il n'y a aucune trace d'hérédité morbide ; ses ancêtres sont morts à l'extrême vieillesse. Une sœur aînée, bien portante et intelligente ; sa mère est morte quelque temps après sa naissance, à la suite d'accidents puerpéraux. En 1870, étant âgée de six mois, elle fut prise de phénomènes éclamptiformes à la suite d'accès de fièvre intermittente ; combattus par le sulfate de quinine, les accidents diminuèrent de fréquence, d'intensité, mais le paludisme s'invétéra ; l'on vit chaque mois se renouveler pendant plusieurs années, presque à jour fixe, ces accès convulsifs. L'intelligence s'obscurcissait peu à peu et la raison ne se développa pas. »

Nous ne savons quelle foi il convient d'ajouter à cette étiologie ; nous devons remarquer toutefois qu'en Vendée, en matière d'idiotie, l'intoxication alcoolique du père au moment de la conception doit toujours être soupçonnée.

Mai 1880. — Cette enfant, grande, assez bien développée, sans difformité appréciable, présente un certain degré de *microcéphalie*. Le front est bas, la voûte palatine très ogivale en avant est au contraire étalée en arrière. Kérato-conjonctivite scrofuleuse à répétition. Elle s'exprime bien sans défaut de langue. Elle sait épeler, mais n'a jamais pu apprendre à lire ; elle a une notion nette des couleurs. C'est une imbécile bien plutôt qu'une idiote. On relève chez elle une grande tendance aux actes instinctifs, au vol, à la méchanceté, elle se plaît à faire des niches aux personnes qui l'entourent.

Avril 1881. — On commence à constater chez elle des phénomènes épileptiformes jusqu'ici inobservés. En voici la description sommaire : elle pâlit subitement, puis se met à *marcher droit devant elle*. Quand elle rencontre une porte, elle frappe, ou regarde par la serrure ; si à ce moment on l'interroge, elle répond en général qu'elle se livre à tel ou tel de ses actes journaliers. Au bout de quelques secondes, elle revient à elle sans se souvenir de ce qui vient de se passer. Elle urine parfois au lit.

22. — Elle a un de ses vertiges habituels pendant la promenade. Soudain, elle rebrousse chemin vers l'asile. Interrogée, elle répond qu'elle veut s'en retourner.

12 *mai.* — Elle a eu ce matin une petite crise ; elle s'est *déshabillée*, s'est *mise au lit*, puis s'est affaissée sans avoir de convulsions.

27. — Nouveau vertige ce matin ; elle a couru jusqu'au fond de la salle. Aussitôt l'accès s'est terminé.

25 *juin.* — Ses accès revêtent parfois une forme nouvelle, elle reste assise sur sa chaise, a quelques contorsions de la face, et frappe avec violence le sol de ses talons, semblant ainsi *piétiner sur place.* Quand elle reprend connaissance, elle a quelques moments d'égarement.

26. — Prise d'un accès à la chapelle, elle se met à courir, rentre au quartier, monte les escaliers jusqu'au grenier et la crise se termine. Une lacune existe ici dans mes notes. Elles reprennent en 1886.

1886. 29 *novembre.* — Actuellement, l'accès débute par une chute sur le dos, sans cri, sans aura, sans écume à la bouche. Quelques mouvements convulsifs de la tête et des bras, qui manquent parfois ; grande pâleur, urination involontaire. Au bout de quelques secondes, elle se relève avec vivacité, jette autour d'elle des regards égarés, puis soudain *prend sa course, allant droit devant elle, ne s'arrêtant que quand elle rencontre un obstacle. Tantôt elle s'enfuit jusqu'au bout du jardin, tantôt elle enfile un escalier* et ne s'arrête qu'à la porte du grenier, etc.

A ce moment il lui arrive de s'endormir quelques instants. Quand elle revient à elle, ne comprenant pas ce qui vient de lui arriver, elle cherche à s'expliquer sa présence dans ce lieu inusité par quelque besogne à accomplir.

Alors, bien que ce ne soit pas l'heure, elle descend les ustensiles de ménage ou les bassins de garde-robe, etc. Elle urine quelquefois au lit.

Elle a considérablement grandi depuis son entrée à l'asile. Elle est réglée depuis deux ans d'une façon régulière. Son intelligence ne s'est pas développée dans les mêmes proportions. On n'a pu lui apprendre à lire ; les religieuses prétendent cependant qu'elle est douée d'une certaine mémoire et qu'elle a pu apprendre le catéchisme. Elle a appris à

coudre et à tricoter, mais est incapable de conduire seule un tricot.

Santé physique en général satisfaisante, les kératites ont disparu. — Taille 1m,60.

Déformation de la face; saillie de la fosse frontale droite; la joue de ce côté est plus étalée et plus saillante. Voûte palatine ogivale. Dents à peu près régulières. Voici les mensurations de la tête :

Diamètre antéro-postérieur maximum	0m165
Diamètre bi-pariétal maximum	0, 156
Diamètre bi-auriculaire	0, 142
Grande circonférence	0, 525
Demi-circonférence antéro-postérieure de la glabelle à la protubérance occipitale	0, 280
Demi-circonférence bi-auriculaire	0, 350

Les accès ont eu, de mai 1883 à décembre 1886, la marche suivante :

MOIS	1883	1884	1885	1886
Janvier		7	2	3
Février		5	5	1
Mars		6	0	4
Avril		7	1	7
Mai	9	2	6	6
Juin	8	8	0	1
Juillet	6	5	1	2
Août	1	3	1	5
Septembre	4	3	6	3
Octobre	5	2	9	7
Novembre	7	6	3	3
Décembre	7	4	2	

L'acte procursif a dans ce cas constitue le seul phé-

nomène caractéristique de l'épilepsie pendant quelques années, puis nous voyons apparaître ces sortes de tapotements sur place dont nous avons parlé précédemment à propos de Vall... (Obs. II) et enfin les accès présentent le type vulgaire, mais sont suivis d'une course soudaine et précipitée. Les phénomènes automatiques proprement dits que présente également cette malade ne sont observés qu'à la suite du sommeil dans lequel il tombe après l'acte procursif.

OBSERVATION XXIII. — *Mère : névralgie, phthisie. — Oncle maternel phthisique. — Cousin issu de germain, épileptique. — Consanguinité. — Convulsions dans l'enfance. — Absences (treize ans). — Accès (dix-huit ans). — Augmentation des accès et diminution des absences vers vingt-six ans. — Accès surtout nocturnes. — Course en ligne droite après les accès. — Traitements divers sans succès. — Diminution de l'intelligence à partir de vingt-cinq ans. — Démence.*

Car... (Alexandre), né le 24 mai 1841, entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 6 mai 1874, est décédé le 9 décembre 1886.

Renseignements fournis par le père. — *Père,* soixante-dix-huit ans, bien portant, marié à vingt-huit ans, a eu une fluxion de poitrine il y a cinq ou six ans. [Père et mère morts âgés (quatre-vingts ans).]

Mère mariée à trente ans, morte à soixante-cinq ans, phthisique, un peu nerveuse, vive, pas de migraines ; elle avait des crises douloureuses survenant subitement dans une oreille et disparaissant instantanément mais l'obligeant à fléchir sur elle-même, elles revenaient deux ou trois fois par an ; elle ne tombait pas ; cette *névralgie* n'a débuté que vers l'âge de cinquante ans, elle l'a gardée jusqu'à soixante-quatre ans. [*Père* et *mère* morts vieux. — Un cousin germain du côté paternel est atteint d'épilepsie.]

Consanguinité : le *père* et le *mère* du malade étaient cousins germains et portaient le même nom.

Deux *enfants :* 1° un mort mort-né ;

2° Notre *malade.* Né à terme, élevé au sein par sa mère. Pendant la première et la deuxième année, il a eu plusieurs fois des *convulsions ;* n'a pas été en retard pour la parole, la marche et la propreté. De cinq à douze ans, il a été en classe ; pendant ce temps, il n'a pas été malade, se développait, apprenait bien.

A douze ans, il a été placé chez un architecte ; celui-ci s'est aperçu que l'enfant avait des *absences,* mais il paraît qu'alors, elles étaient peu fréquentes. A quatorze ans, il est entré au chemin de fer comme dessinateur ; là *les absences* ont été remplacées par des *vertiges* qui *sont devenus tellement nombreux qu'il a été forcé de donner sa démission* au bout de deux ans. Ensuite son père l'a gardé chez lui, où il a continué à dessiner, les absences ont persisté, on avait été obligé de placer près de lui un homme pour le garder *parce qu'il lui arrivait souvent* de S'ÉCHAPPER EN COURANT et qu'une fois l'accès passé, il ne savait plus où il était et ne se souvenait de rien ; il fallait le reconduire chez lui. Il lui a échappé une fois, et ce n'est que deux jours plus tard qu'il a été reconnu à Bercy par un ami de sa famille : il n'avait pu indiquer son adresse. — On s'apercevait de l'arrivée de la *crise procursive* parce que ses yeux changeaient, devenaient hagards, que la face pâlissait et qu'il balbutiait. Durant ses courses, il ne semblait rien entendre, évitait les obstacles et parfois faisait entendre une sorte de bourdonnement. A la fin de la course, la face était tout à fait décomposée et, quelquefois, on entendait une sorte de ronflement passager, et on observait un peu de bave, mais jamais d'écume ni d'évacuation involontaire. Le regard restait égaré durant quelques instants. Le malade était long à se remettre, s'assoupissait pendant deux heures au moins. La mémoire était obscurcie pendant une journée et même davantage.

Si l'accès prenait le malade dans la chambre, il ne cassait pas les objets. On parvenait assez bien à le maintenir sans provoquer de violence. — La nuit, on le maintenait sur son lit avec des sangles. — Dans la rue, il ne s'est jamais blessé. — Le plus souvent, même après l'apparition des accès ordinaires, les accès procursifs étaient isolés ; quelquefois, un accès convulsif venait arrêter brusquement la course.

Outre ses *accès procursifs*, Car... avait des *accès rotatifs :* tantôt il décrivait des cercles à court rayon, qui se terminaient souvent par un *accès convulsif* ordinaire; tantôt il décrivait des cercles irréguliers à grand rayon, évitant les personnes, les arbres, etc. Son père ne saurait dire si la rotation s'opérait toujours dans le même sens et quel il était. A l'époque de sa sortie du chemin de fer (dix-huit ans), il a eu ses premiers accès, il tombait comme une masse, était roide, avait des mouvements convulsifs pendant un instant et de l'écume buccale. Pas d'incontinence d'urine à la suite des accès. Après les grands accès *il cherchait aussi à s'échapper*, pendant une heure ou deux il fallait le surveiller. Revenu à lui, il ne se souvenait de rien, se plaignait de mal de tête et restait sombre pendant une heure ou deux. D'habitude, rien ne faisait présager l'arrivée de l'accès; quelquefois cependant, Car... avait plusieurs petits mouvements nerveux. Peu à peu les accès sont devenus de plus en plus nombreux. Vers l'âge de vingt-six ans, il a eu 48 accès dans la nuit, suivis d'une rémission de trois mois. Toujours les accès ont été plus fréquents la nuit. *Les vertiges ont diminué en même temps que les accès augmentaient*, mais les courses persistaient encore après l'admission. Il a travaillé seulement jusqu'à vingt-cinq ans. Les facultés intellectuelles ont décliné peu à peu; néanmoins, quand il est entré à Bicêtre (trente-huit ans), il causait encore un peu, lisait le journal, etc. Voici comment a été provoqué son internement : Étant sorti aux environs de sa demeure avec une tante, il s'est mis subitement à courir, et si vite que sa tante n'a pu le rejoindre; puis il a été pris d'un accès ordinaire. Les sergents de ville ont essayé de le maintenir, lui ont froissé les poignets. L'accès fini, comme il ne pouvait donner aucun renseignement, il a été conduit au poste puis au dépôt de la préfecture de police, de là à Sainte-Anne et enfin à Bicêtre[1].

1879. 6 *octobre*. — Bromure de potassium : 5 gr.

1880. 28 *juin*. — Bromure de camphre : 3 gr.

3 *septembre*. — C... prend 8 gr. de bromure de camphre depuis le commencement du mois de juin. Suspendu jusqu'au 6 septembre.

[1] Nous avons revu le père de Car... le 13 août 1887. Il nous a confirmé, en les complétant, tous les détails qui précèdent. Il a aujourd'hui quatre-vingts ans, est tout à fait valide et possède encore ses facultés.

4 *septembre*. — Purgatif. — 6. 3 capsules de bromure de camphre. — 10. 4 capsules. — 15. 5 capsules. — 25. 6 capsules. — 30. 8 capsules.

26 *décembre*. — Suppression du bromure de camphre. Traitement par le bromure de potassium: 4 gr. jusqu'au 5 janvier; 6 gr. jusqu'au 15 janvier ; 8 gr. jusqu'au 30 janvier.

1881. 30 *avril*. — Suppression du bromure de potassium.

2 *mai*. — *Traitement hydrothérapique*. — *Mémoire* confuse, sait ses nom et prénoms, ignore le jour, le mois et l'année ; il dit être à Bicêtre depuis sa naissance ou depuis deux ans ; il s'habille seul, mais très lentement ; est encore propre.

14 *octobre*. — *Suppression* du traitement hydrothérapique. — Le malade est en *démence ;* ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'on est arrivé à lui faire prendre les douches. — Il est encore propre, mange seul, mais on est obligé de l'aider à s'habiller.

1882. *Avril*. — On essaie inutilement de le soumettre à niveau au traitement hydrothérapique.

1883. 3 *décembre*. — Car... se rappelle son nom, ignore les dates, ignore où il est, dit qu'il est avec des serruriers. — On constate une paralysie incomplète de la face ; le sillon nasolabial droit est effacé, la commissure labiale gauche est tirée à gauche ; pas de déviation, ni de tremblements de la langue. Parole libre ; pupilles égales, normales. Il *court* après ses accès.

1884. 2 *juillet*. — Parfois Car... s'habille ou se déshabille seul, mais le plus souvent il faut l'habiller. Il mange seul, mais ne se sert pas du couteau ; il se lave mal. Pas de tremblement des lèvres, ni de la langue ; il ne répond que par quelques mots incohérents.

1885. 9 *janvier*. — Il est maintenant incapable de s'habiller et de se déshabiller seul. — Langage incohérent ; on ne peut lui faire dire son nom.

31 *décembre*. — Le malade urine au lit toutes les nuits, il est quelquefois grand gâteux. — Léger embarras de sa parole; pas de tremblement des lèvres et de la langue.

1886. — *Novembre.* — Le malade est dans le même état, allant et venant comme d'habitude.

3 *décembre.* — Car... s'alite ; l'appétit avait diminué depuis deux ou trois jours ; mais il ne se plaignait de rien, on avait remarqué qu'il maigrissait, qu'il fléchissait sur les jambes.

9 *décembre.* — La température à 36°,6 le soir du 7 descend progressivement à 34° (9 heures du soir). Hier il a encore mangé comme d'habitude et le matin il voulait encore se lever, puis il est tombé dans le coma et a succombé.

Description d'un accès (3 octobre 1886). — Le malade pousse un bourdonnement rauque et tombe lentement en avant sans se blesser. Le corps étant entièrement étendu à terre sur l'abdomen, les bras s'écartent lentement du tronc jusqu'à angle droit ; les jambes s'écartent également de 50 centimètres environ de la ligne médiane. Pas d'urination, ni de défécation[1], ni de morsure de la langue.

Le ronflement est fort, pas d'écume; la main gauche reste contracturée pendant environ vingt minutes après l'accès. La durée de l'accès est d'environ trois minutes; le malade se lève et continue sa promenade interrompue.

Durant les années précédentes, on a souvent constaté la course consécutive aux accès, Car. courait droit devant lui après s'être levé d'un bond.

Selon une note de l'infirmier du chauffoir, ce malade, avant de tomber, tourne plusieurs fois sur lui-même en poussant un cri prolongé; puis se baisse doucement sur le côté gauche jusqu'à ce qu'il touche la terre où il s'allonge la face tournée sur le terrain. Alors il devient raide, la figure grimace, elle est pourpre. — Lorsque l'accès est passé, il fait aller les jambes à droite et à gauche, les ramènent sur la poitrine trois ou quatre fois, puis se relève, tourne encore, se met à marcher vite, court même quelquefois, mais avec la démarche d'un homme ivre. Voici le tableau des accès :

[1] Il gâte parfois dans ses accès. Il se livre quelquefois à des actes de violence après les crises.

MOIS	1874		1875		1876		1877		1878		1879		1880		1881		1882		1883		1884		1885		1886	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier........	»	»	45	»	32	»	47	»	37	»	24	»	31	3	44	13	87	»	77	3	67	10	33	19	55	39
Février.......	»	»	20	»	37	»	41	»	30	»	32	»	34	17	37	1	55	»	49	3	70	1	23	20	28	21
Mars.........	»	»	59	»	32	»	30	»	29	»	33	»	28	20	44	3	104	1	44	3	62	19	52	20	21	22
Avril.........	»	»	46	»	34	»	31	»	13	»	25	»	32	38	23	9	58	2	60	3	48	17	50	8	37	9
Mai..........	28	»	38	»	22	»	17	»	20	»	31	»	23	19	53	7	70	»	66	5	47	23	39	14	30	6
Juin..........	16	»	40	»	30	»	15	»	7	»	32	»	30	10	61	12	47	6	66	»	47	27	36	24	12	14
Juillet........	19	»	36	»	28	»	17	»	24	»	40	»	46	5	82	22	78	»	72	1	54	16	38	33	11	15
Août.........	32	»	36	»	24	»	19	»	26	»	35	»	56	14	87	24	91	»	55	1	36	18	28	31	19	8
Septembre....	30	»	38	»	37	»	19	»	23	»	35	»	80	10	90	16	64	»	51	4	50	26	46	17	31	15
Octobre.......	45	»	23	»	44	»	30	»	27	»	16	6[1]	57	18	81	4	68	1	58	8	47	23	37	13	28	12
Novembre.....	47	»	46	»	28	»	23	»	34	»	7	3	59	27	74	»	68	2	36	19	51	22	65	30	17	8
Décembre.....	55	»	23	»	40	»	31	»	33	»	8	»	46	6	83	5	78	»	64	18	56	15	40	17	6	6
Totaux....	272	»	450	»	388	»	320	»	309	»	318	9	522	187	759	114	868	12	698	68	635	217	477	246	295	175

[1] Le relevé des vertiges n'a été fait que lors de la prise de possession du service par M. Bourneville.

Poids. — 1879. Novembre : 61 kil. 500 gr.
— 1880. 16 septembre : 59 kil. 300 gr.
— 1882. 31 juillet : 62 kil.
— — Janvier : 63 kil. 700 gr.
— — Juin : 63 kil. 100 gr.
— 1883. Janvier : 63 kil. 400 gr.
— — 30 juin : 61 kil. 200 gr.
— 1884. 31 janvier : 60 kil. 400 gr.
— — Juillet : 60 kil. 100 gr.
— 1885. Janvier : 57 kil. 300 gr.
— — Août : 62 kil. 200 gr.
— 1886. Janvier : 63 kil.
— — 8 août : 52 kil.
— — 6 décembre : 43 kil. 500 gr.
— — 9 — (après décès) : 43 kil.

Taille : 1m67 ; 1m65 ; 1m66 1/2.

Autopsie (le 11 décembre). — *Poumon droit :* emphysème et congestion assez prononcée du sommet où existent un noyau crétacé et une caverne. Légère adhérence du sommet. Œdème de la base. — *Poumon gauche :* léger emphysème du sommet et des bases ; petite *masse crétacée* du volume d'un petit pois à l'extrémité supérieure du lobe inférieur ; congestion assez prononcée du lobe inférieur. *Cœur :* 230 grammes, sain.

Abdomen. — *Rate* chagrinée (70 grammes). — *Foie :* (920 grammes), un peu congestionné. — *Rein droit* (120 grammes), lobuté, petit kyste de la grosseur d'un gros pois. — *Rein gauche* (120 grammes), même aspect, petit kyste plus petit qu'à droite dans la substance corticale.

Tête. — *Cuir chevelu,* moyennement épais, sans ecchymoses. — *Dure-mère* assez fortement congestionnée. — *Sinus* presque vides. — Les *os* du crâne sont durs et épais ; les différentes parties de la calotte et de la base paraissent symétriques, le trou occipital est normal. Les artères de la base de l'encéphale, les nerfs, les tubercules musculaires, etc., ne présentent rien d'anormal.

Encéphale : 1,360 gr. — *Cervelet et isthme :* 165 gr. — *Hémisphère cérébral droit :* 605 gr. — *Hémisphère cérébral gauche :* 590 gr. — *Cervelet :* 150 gr.

Hémisphère droit. — La *pie-mère* est légèrement congestionnée, sauf au niveau du pli pariétal supérieur où il existe une ecchymose ; elle est mince, mais s'enlève facilement

sans entraîner de substance grise, si ce n'est au niveau du pli pariétal supérieur. Pas de lésions en foyer. — *Ventricule latéral*, *couche optique*, *corps strié*, *corne d'Ammon*, etc., rien de particulier.

Hémisphère droit. — La *scissure de Sylvius* est normale; le *sillon de Rolando* est très profond, sinueux.—La *scissure perpendiculaire externe*, également très profonde, va se jeter dans la scissure interpariétale. — Le *Lobule orbitaire* présente des scissures et des circonvolutions normales.

Face convexe. — *Lobe frontal.* — En avant de la circonvolution frontale ascendante, il existe une scissure profonde, parallèle, partant du bord interne de l'hémisphère interrompue par deux plis de passage allant de la seconde circonvolution frontale à la frontale ascendante, puis se continuant en dessous de ceux-ci jusqu'à la scissure de Sylvius; elle sépare ici le pied de la troisième frontale de la circonvolution frontale ascendante. — La *scissure frontale inférieure* est très irrégulière, interrompue par des plis de passage se rendant de la deuxième à la troisième frontale; elle communique largement à sa partie postérieure avec la *scissure frontale supérieure*, séparant ainsi le tiers postérieur de la deuxième frontale de ses deux tiers antérieurs. — La scissure frontale supérieure est profonde surtout en arrière. — La *première circonvolution frontale*, bien conformée, large, est dédoublée dans sa partie médiocre. — La *deuxième circonvolution frontale*, également large, est irrégulière, s'insère par deux plis de passage à niveau et parallèles à la circonvolution frontale ascendante; elle envoie deux plis de passage à la *troisième circonvolution frontale*, qui est également de même irrégulière, comme tassée; quoiqu'elle soit peu développée, son V médian présente des traces de dédoublement, ou plutôt une scissure médiane partant de sa pointe dans la scissure de Sylvius; cette partie médiane se trouve inférieurement située à un demi-centimètre environ au-dessus du pied de la circonvolution. Dans son ensenble, le *lobe frontal* paraît normal et très bien développé dans sa partie postérieure, mais en avant, quoique très plissé, il semble ramassé sur lui-même, et le sillon de Rolando se trouve par suite plus rapproché de l'extrémité antérieure que de l'extrémité postérieure.

Les *circonvolutions frontale* et *pariétale ascendantes* sont bien développées, sinueuses, normales. — Le *lobule pariétal supé-*

rieur est moyennement développé; il envoie à son extrémité inférieure et antérieure un pli de passage étroit au *lobule pariétal inférieur* qui est bien conformé, très plissé. La *scissure interpariétale* forme en arrière de la pariétale ascendante une scissure parallèle complète; elle est interrompue au commencement de sa courbe par le pli de passage signalé plus haut, puis se poursuit dans le sillon occipital supérieur jusqu'au sillon transverse. — Le *pli courbe* est assez développé, sinueux. — Le *lobe occipital* est bien conformé.

Lobe temporal. — La *première circonvolution temporale* est normalement confirmée avec deux circonvolutions temporales transverses se rendant au fond de la scissure de Sylvius. — La *scissure parallèle* est très profonde, elle se prolonge jusqu'à la scissure interpariétale en divisant le sommet du pli courbe. — La *deuxième circonvolution temporale*, le *deuxième sillon temporal* et la *troisième circonvolution temporale* sont bien développés et ne percutent pas d'anomalies. Il existe un *sillon préoccipital* complet qui partant de l'incisure préoccipitale va se terminer à 5 mill. de la scissure interpariétale en face de la scissure perpendiculaire externe, dont il est séparé par un pli de passage, allant du pli courbe au lobe occipital. Ce sillon délimite nettement le lobe temporal du lobe occipital. — Le *lobule de l'insula* ne possède que deux digitations qui sont bien développées, larges et subdivisées.

Face interne. — *Lobe temporo-occipital.* — Les circonvolutions et les deux scissures temporo-occipitales sont bien développées : au tiers antérieur existe une scissure profonde divisant transversalement tout le lobe.

Lobe frontal. — La *scissure calloso-marginale* semble prendre son origine au centre même du lobule paracentral par deux branches, une oblique postérieure, une verticale antérieure. Ces deux branches très profondes et atteignant le rebord interhémisphérique ne sont pour l'antérieur que l'exagération du sillon médian paracentral prolongé en haut et en bas. La *scissure fronto-pariétale interne* est ici constituée par la branche oblique postérieure. La scissure calloso-marginale ne possède pas de prolongement postérieur et ne fournit pas d'incisure préovalaire; celle-ci est seulement indiquée par une très légère dépression. La *première circonvolution frontale interne* est bien développée, normale, très découpée; elle envoie vers son milieu un pli de passage maigre, à niveau, à la

circonvolution du corps calleux. Le *lobule paracentral*, bien développé, est mal délimité en avant et en arrière. — Le *lobule quadrilatère*, large, a un pli de passage pariéto-limbique antérieur, complètement isolé par une scissure verticale profonde atteignant presque la circonvolution du corps calleux. Il existe aussi un pli pariéto-limbique postérieur mal délimité en avant par la scissure sous-pariétale qui est très irrégulière. — La *scissure perpendiculaire interne*, très profonde, se prolonge jusqu'au niveau du bourrelet du corps calleux. La *circonvolution du corps calleux*, la *fissure calcarine*, le *coin*, le *corps calleux*, ne présentent rien de particulier.

Hémisphère gauche. — Légère vascularisation de la *pie-mère* qui s'enlève facilement. *Ventricule latéral*, *corps strié*, etc., normaux. La *scissure de Sylvius*, normale, envoie trois rameaux antérieurs ascendants. — Le sillon de Rolando, très sinueux, profond, se termine dans la scissure de Sylvius à 3 ou 4 mill. environ du lobule de l'insula. — La *scissure perpendiculaire externe* n'est constituée que par une simple encoche d'un centimètre environ; elle est séparée de la scissure interpariétale par un pli de passage à niveau, reliant le lobe occipital au lobule pariétal supérieur. — Le *lobule orbitaire* est bien conformé.

a). — *Face convexe*. — On trouve en avant de la circonvolution frontale ascendante une *scissure parallèle frontale* interrompue à sa partie médiane par deux plis d'insertion de la deuxième circonvolution frontale. — La *scissure frontale inférieure* sinueuse, est interrompue par un pli de passage allant de la deuxième circonvolution frontale au cap de la troisième. La *scissure frontale supérieure* est légèrement sinueuse, coupée à son extrémité antérieure par un pli de passage venant de la *première circonvolution frontale* qui est assez bien conformée, un peu maigre à son extrémité antérieure et s'insère à la frontale ascendante par un pli sinueux et grêle. — La *deuxième circonvolution frontale* très développée dans sa moitié postérieure, l'est peu dans sa moitié antérieure. — La *troisième circonvolution frontale* possède un pied grêle; son cap est subdivisé en trois parties par les deux rameaux antérieurs ascendants supplémentaires de la scissure de Sylvius, mais ces parties réunies ne donnent pas un volume plus grand que celui d'un cap ordinaire bien conformé.

Les *circonvolutions frontale et pariétale ascendantes* sont

bien développées, normales. — Le *lobule pariétal supérieur*, régulier, est peu volumineux; en effet la *scissure interpariétale* présente une courbe très accentuée qui remonte à un centimètre de la scissure interhémisphérique; le *lobule pariétal inférieur* est sinueux, très découpé, très développé au détriment du lobule pariétal supérieur. — Le *pli courbe* est assez gros également. — La *scissure interpariétale* forme en arrière de la pariétale ascendante une scissure parallèle presque complète. Elle se continue en arrière avec la scissure occipitale supérieure au delà de la scissure occipitale transverse. — Le *lobe occipital* est bien conformé; mais la scissure occipitale transverse n'existe que dans sa partie supérieure; en dessous de la scissure interpariétale continuée elle est interrompue par un pli de passage se dirigeant vers la deuxième circonvolution occipitale. A un centimètre en avant du pôle occipital se trouve une scissure transverse assez profonde allant de la scissure interhémisphérique à la deuxième scissure occipitale.

Lobe temporal. — La première circonvolution temporale assez bien développée, sinueuse, envoie à son quart antérieur un pli de passage à niveau, grêle, à la *deuxième circonvolution temporale* qui, elle, est très développée et pousse trois plis de passage à niveau à la *troisième* assez bien développée. Il existe *quatre circonvolutions transverses temporales* se rendant au fond de la scissure de Sylvius. La *scissure parallèle*, profonde, sinueuse, a un trajet très étendu par suite de la hauteur du pli courbe; en avant d'elle et parallèlement il existe une autre scissure empiétant d'un centimètre sur la première circonvolution temporale et se terminant dans le lobule pariétal inférieur à 3 millimètres environ de la scissure interpariétale; à sa partie médiane une scissure transverse assez profonde la met en communication avec la scissure parallèle. Il existe un *sillon préoccipital* complet, qui, partant de l'incisure préoccipitale, profonde, va rejoindre la scissure parallèle au niveau de sa courbe et isole ainsi nettement le lobe occipital. Le *lobule de l'insula* n'a que deux digitations principales.

b. Face interne.—Lobe temporo-occipital. Les circonvolutions sont bien développées; elles sont toutefois un peu en retrait sur un espace d'un centimètre au niveau de l'incisure préoccipitale. Les scissures sont irrégulières, sectionnées par de nombreux plis de passage; une scissure oblique fait communiquer la première scissure temporo-occipitale avec la seconde.

Lobe frontal. — La *scissure calloso-marginale* est irrégulière, semble se perdre en avant dans la circonvolution du corps calleux; elle communique, d'une part, avec la scissure sous-pariétale et d'autre part avec un sillon vertical profond médian du lobule paracentral à la partie inférieure de la scissure fronto-pariétale interne; à ce niveau, on trouve un pli de passage profond qui, devenu plus bas à niveau, interrompt en allant à la circonvolution du corps calleux la continuité de la scissure calloso-marginale. — La *première circonvolution frontale interne* est très développée, découpée par de nombreux sillons verticaux; elle envoie vers sa partie médiane un pli de passage à niveau à la circonvolution du corps calleux; en avant de ce pli se trouve une scissure parallèle au corps calleux qui semble être la continuation normale isolée de la scissure calloso-marginale dont nous avons signalé un autre prolongement de 3 centimètres environ dans la circonvolution du corps calleux qui est assez bien développé. — Le *lobule paracentral* bien développé envoie à sa partie inféro-antérieure un pli de passage assez gros à niveau, à la première circonvolution frontale interne. — Le *lobule quadrilatère*, large, possède un pli de passage pariéto-limbique postérieur, séparé du reste du lobule par une scissure profondes contournant la scissure interhémisphérique et se terminant dans le lobule pariétal supérieur à un demi-centimètre de la scissure interpariétale. — La *scissure sous-pariétale* est très irrégulière. — La *scissure perpendiculaire interne*, très profonde, très large et subdivisée à son origine, se prolonge jusqu'au bourrelet du corps calleux. — La *fissure calcarine*, le *coin*, la *circonvolution de l'hippocampe*, le *corps calleux* ne présentent rien de particulier.

Cette observation est très intéressante et si nous avions eu plus tôt les derniers renseignements qui nous ont été fournis par le père du malade, nous l'aurions mise à côté de celle de Grandid... et de Wall... Elle peut se résumer en ces points : 1° *absences ;* — 2° *vertiges ;* — 3° *accès procursifs* parfaitement caractéristiques et *accès rotatifs ;* — 4° *accès ordinaires* précédés rarement de phénomènes de procursion et souvent de phénomènes de rotation; — 5° persistance

concurremment pendant plusieurs années des vertiges, des accès procursifs et des accès ordinaires. Enfin, disparition des accès procursifs, augmentation des accès ordinaires et des vertiges, déterminant enfin la *démence*. Le tableau des accès comprenant une période de *treize ans* mérite aussi de fixer l'attention.

OBSERVATION XXIV. — *Père tourneur en cuivre, alcoolique. — Grand-père et oncle paternels alcooliques et phtisiques. — Mère, névralgies. — Grand-père maternel, apoplectique. — Oncle maternel, délire aigu. — Grand-oncle maternel, imbécile.*

Vertiges procursifs à trois ans et demi. — Premier accès à huit ans. — Accès suivis de course. — Caractère violent. — Onanisme. — Affaiblissement des facultés intellectuelles. — Mort en état de mal.

Alép... (Auguste), né le 24 mars 1872, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 13 février 1882 et y est décédé le 6 juin 1883.

Renseignements fournis par sa mère (27 février 1882). — *Père*, trente-six ans, *tourneur en cuivre*, a quitté sa femme il y a trois mois, il fait de nombreux *excès de boisson* (absinthe, vin, eau-de-vie, etc.). Lorsqu'il a bu, il est très méchant, violent, a battu sa femme plusieurs fois. Marié à vingt-quatre ans, il a toujours bu beaucoup, même dès le début du mariage. Caractère doux à l'état normal. Pas de migraines, pas de maladies de peau. Il travaillait peu; établi tourneur, il a tout bu et sa femme a dû se placer comme domestique. [*Père* mort de la poitrine à trente-huit ans, *tourneur en cuivre*, quelques *excès de boisson*. — *Mère*, soixante ans, n'a jamais été malade, pas d'accidents nerveux. — Trois *frères ;* un poitrinaire, faisait des *excès de boisson;* il aurait été condamné pour vol d'une chaise un jour de débauche, il était marié et courait les femmes. Un deuxième a été tué en mai 1871 (fédéré), il *buvait* aussi et aurait eu des hémoptysies ?]

Mère, trente ans, travaillait aux champs avant le mariage; actuellement elle est domestique; chataine foncée, très impressionnable, très colérique, elle l'est devenue de plus en plus

par les ennuis que lui a causé son mari. — Intelligente, physionomie régulière assez agréable, n'a jamais eu que des névralgies violentes. [*Père*, laboureur, sobre, mort à cinquante-neuf ans, d'une *attaque d'apoplexie* foudroyante en dix-neuf heures. — *Mère*, soixante-quatorze ans, bien portante, n'est pas en enfance, travaille encore un peu aux champs, pas d'attaques de nerfs, a souvent le sang à la tête. — Quatre *frères*, l'un est mort en huit jours, *d'accidents cérébraux* consécutifs, à la peur des Prussiens qui avaient dégaîné sur sa femme. « Ça lui bouillait dans sa tête, il se sauvait de son lit, il avait le transport. » (*Délire aigu.*) — Les trois autres sont bien portants; un est marié, a quatre enfants en bonne santé et n'ayant pas eu d'accidents nerveux. — Les deux derniers frères ne sont pas mariés. — Un *oncle paternel* est mort très vieux (soixante-seize ans), et a toujours été « bonasse, imbécile ». Pas d'épileptiques, pas de difformes, etc.]

Pas de consanguinité.

Trois enfants : 1° Garçon mort-né durant la guerre ; bien conformé ; il était énorme et pesait bien dix livres ; — 2° Notre malade; — 3° Garçon, huit ans, bien portant, intelligent, apprend bien, pas de convulsions.

Notre malade.— *Conception.* — Pas de rapports habituels dans les ivresses. « Il ne pensait qu'à dormir et il était quatre ou cinq jours sans me toucher, car il était malade, vomissait tout vert. » — *Grossesse*, beaucoup de contrariétés et de fortes colères « parce que mon mari, n'était jamais chez nous », ni coups, ni chutes, ni compression. Pas de peurs, sauf celles que lui occasionnait son mari quand il rentrait ivre. — Pas d'alcoolisme. — *Accouchement* naturel, à terme, sans chloroforme. — A la naissance pas d'asphyxie ; il était chétif, mignon. — *Elevé au sein*, en province, jusqu'à dix-sept mois, repris alors, il n'avait pas eu de convulsions, était bien venant quoique chétif. Il a marché à dix mois, a parlé à dix-sept mois, a été propre vers deux ans. — A trois ans on a repris son frère de nourrice. C'est à ce moment que notre malade est devenu drôle, il semblait jaloux de son frère et le battait quelquefois en cachette. — Vers trois ans et demi il a eu des *vertiges* qu'on appelait un grand *tic nerveux*.

« Le regard se portait en haut, puis au bout de quelques instants, l'enfant se levait et *courait*, il n'aimait pas qu'on lui parle dans ces moments-là. Il avait peur ; sitôt que ça allait le

prendre, il devenait d'abord très pâle, puis rouge après. Ces accidents venaient irrégulièrement, quelquefois deux fois par jour et parfois il était cinq à six jours sans rien. Conduit plusieurs fois aux Enfants-Malades et à l'hôpital Trousseau on lui a donné des bains, de la tisane et du sirop antiscorbutique, mais pas de bromure de potassium.

Vers août 1880, sans que les vertiges soient devenus plus fréquents, Alép... a eu souvent des accès; voici comment on décrit le premier : Etant debout, on s'aperçut que sa figure grimaçait, qu'il était pâle, qu'il allait tomber; sa mère l'a pris sur elle, tout le corps était roide également des deux côtés, pas de secousses, pas d'écume, mais un peu de ronflement; il est revenu à lui de suite et s'est mis à *courir* dans la chambre. Le deuxième accès est venu huit jours après. Ils sont allés en se rapprochant depuis septembre 1881. — Maximum des accès en 24 heures, 3. Le plus long intervalle entre deux accès a été huit jours. Accès à peu près également diurnes et nocturnes. Persistance des *vertiges*.

Jamais Alép... n'a prévenu de l'arrivée de ses crises. On a remarqué qu'il devenait sombre aux approches de l'accès; quelquefois il portait la main au creux de l'estomac et disait : ça va me prendre. Parfois, euh! euh! euh! Rigidité, secousses cloniques qui sont survenues seulement, il y a six mois. Peu de ronflement; pas d'écume; plusieurs fois urination involontaire et défécation.

Après les accès il *veut se sauver*, il a la parole embarrassée, on dirait qu'il va devenir paralysé. Pas de morsure de la langue. — Pas de folie consécutive. — Le caractère a toujours été violent, il est resté le même.

Depuis l'âge de trois ans, l'enfant est allé en classe et n'a jamais rien appris; il connaît seulement ces lettres, *ba*, *be*, *bi*, etc. Quand il y avait un répit après des accès, il apprenait, puis après les accès il oubliait. On l'a renvoyé de l'école depuis le début de ses accès.

Pas de kleptomanie, ni de pyromanie. On pense qu'il se touche un peu depuis longtemps *même dès son retour de nourrice*.

Croûtes dans les cheveux; glandes cervicales dont l'une abcédée; pas d'ophthalmies, pas d'otites; pas d'engelures ni de dartres. On ne croit pas qu'il ait eu la rougeole; il semblerait

avoir eu la rubéole? Coqueluche pendant six semaines. Enfin il aurait eu de temps en temps des fièvres éphémères.

Ni succion, ni balancement. Digestion régulière, selle quotidienne, pas de rumination ni de salacité.

Alép... est peu caressant, très turbulent; il paraissait *très intelligent jusqu'à trois ans*. On attribue la maladie aux ennuis et aux chagrins de la grossesse. L'enfant dit qu'il a eu peur d'un mouton.

MOIS	1882		1883	
	ACCÈS	VERTIGES	ACCÈS	VERTIGES
Janvier			5	»
Février	10	3	22	»
Mars	14	16	33	»
Avril	16	64	28	»
Mai	18	58	45	»
Juin	5	17	31	»
Juillet	6	»		
Août	7	»		
Septembre	13	2		
Octobre	5	»		
Novembre	6	»		
Décembre	9	»		
TOTAUX	119	160	164	»

1882. Février.— *Poids* : 21 kil. 800. *Taille* : 1 m. 21.
— Juin. — *Poids* : 22 kil. 300. *Taille* : 1 m 24.
1883. Janvier. — *Poids* : 23 kil. 500. *Taille* : 1 m. 25.
Après décès : 21 kil. 500.

Pendant son séjour à Bicêtre l'enfant fut soumis à un traitement hydrothérapique (21 juin au 30 novembre 1882). Les notes de l'école indiquaient un affaiblissement graduel des facultés intellectuelles.

1883. — 5 *juin*. — Alép... a eu six accès dans la journée. T. R. *Soir*. 38°.

6 *juin*.—Dans la nuit le malade a eu huit accès; il tombe dans

le coma à 5 heures du matin, et meurt à 10 heures du matin.

Traitement : Eau-de-vie allemande, sangsues. T. R. à 5 heures du matin, 38°, à 10 h. 1/2 : 38°,8.

AUTOPSIE (7 juin 1883). — *Thorax. Cœur* normal (130 gr.), rien dans le péricarde. — *Poumons* congestionnés vers le bord, surnageant. (P. droit. 225 gr. ; p. gauche, 210 gr.)

Abdomen. — *Foie* normal (800 gr.), un peu de péri-hépatite ancienne. Rien dans la vésicule. — *Reins* normaux (droit, 80 gr.; gauche, 70 gr.). — *Rate* (70 gr.). — Rien dans l'*estomac*, l'*intestin*, la *vessie*.

Tête. — *Cuir chevelu* assez épais. — *Os* du crâne de consistance ordinaire. Base du crâne symétrique. — *Liquide céphalo-rachidien* en quantité normale. — *Encéphale* volumineux (1450 gr.). Les différents organes de la base du cerveau sont symétriques (artères, nerfs, etc.), pourtant le tubercule mamillaire gauche et le pédoncule cérébral du même côté sont un peu plus petits. — *Pie-mère* congestionnée également dans toute son étendue; adhérente par place à la substance cérébrale, elle s'enlève assez difficilement quoique assez épaisse. *Hémisphères cérébraux* égaux, substance très molle. *Cervelet* et *isthme* (195 gr.) ne présentent rien d'anormal. Hémisphères cérébelleux égaux.

Hémisphère gauche, face convexe. — La *première circonvolution frontale* sinueuse, double en avant, sans pli de passage, s'insère de niveau sur la frontale ascendante; la *deuxième circonvolution frontale*, très volumineuse, dédoublée à sa partie moyenne où elle est très large, s'insère de niveau sur la circonvolution frontale ascendante. La *troisième circonvolution frontale* sinueuse possède une insertion de niveau; pas de plis de passage, sillons assez profonds entourant les circonvolutions, sillons secondaires peu profonds. La *frontale ascendante*, sinueuse, est assez large. Le *sillon de Rolando* est profond. — La *pariétale ascendante*, plus épaisse que la frontale ascendante, est volumineuse. — Le *pli pariétal inférieur* est assez plissé. — Le *pli pariétal supérieur* est volumineux comme dédoublé. Le *pli courbe*, irrégulier, assez sinueux, envoie un prolongement très gros à la partie postérieure du pli pariétal supérieur. — Le *lobe occipital*, assez plissé, est très volumineux. Longueur de l'extrémité antérieure du lobe frontal à la partie moyenne de la face postérieure de la pariétale ascendante, 12 centimètres. Longueur de ce dernier

point à l'extrémité postérieure du lobe occipital, 11 centimètres et demi[1].

Le *lobule de l'insula* a 3 digitations doubles.

La *première circonvolution temporale*, très sinueuse, envoie un prolongement très volumineux au pli pariétal inférieur au pied de la scissure de Sylvius; elle a également en avant un pli de passage la reliant à la deuxième *circonvolution temporale*, sinueuse à sa partie confondue, à la troisième par de nombreux plis.

Face interne. — La *première circonvolution frontale* est volumineuse avec des sillons tout à fait superficiels se confondant en arrière avec le lobe paracentral. Le sillon callosomarginal est peu profond. — Le *lobule paracentral* est séparé du lobe quadrilatère par un sillon profond avec un sillon central oblique de bas en haut et d'arrière en avant. — Le *lobe quadrilatère*, très long (7 centimètres à sa partie moyenne), est plissé et possède des sillons superficiels. Le *coin* et le *lobe occipital* sont composés de petites circonvolutions. La *circonvolution de l'hippocampe* est lisse[2].

Hémisphère droit. — *a*). *Face convexe.* La *première circonvolution frontale* est sinueuse, plissée, dédoublée incomplètement en avant; insertion de niveau; pas de plis de passage. La *deuxième circonvolution frontale* très volumineuse, mais surtout dans les deux tiers postérieurs, envoie un pli de passage à la troisième circonvolution frontale, s'insère par 2 insertions de niveau. La *troisième circonvolution frontale* assez courte s'insère aussi de niveau. — En avant sur le lobe frontal les sillons sont peu profonds, ils le sont beaucoup en arrière. — La *circonvolution frontale* assez sinueuse, assez volumineuse, est séparée en haut presque complètement par un sillon transversal situé entre l'insertion de la première frontale et l'insertion supérieure de la deuxième frontale, Le *sillon de Rolando* est assez peu profond. La *circonvolution pariétale ascendante* est volumineuse avec des sillons transversaux, les uns superficiels, l'un assez profond: on dirait des pavés irréguliers entassés les uns sur les autres. Le sillon qui sépare la pariétale

[1] Comme on le voit, les parties postérieures du cerveau étaient relativement très développées.

[2] Au moment de ce dernier examen fait le 24 septembre 1884, les masses centrales et la paroi ventriculaire sont très irrégulières, ce qui est dû probablement au séjour dans une solution insuffisante.

ascendante du pli pariétal inférieur est très profond. Le pli pariétal supérieur est sinueux, envoie deux plis de passage à la pariétale ascendante et un en arrière. Le sillon situé en arrière du lobe paracentral est très accusé. La scissure parallèle est également très prononcée ; elle se divise en deux parties embrassant une circonvolution quadrangulaire qui envoie un pli de passage vers le lobe occipital et en reçoit un du pli pariétal inférieur. Le *lobe occipital* est assez plissé et volumineux. Les digitations du *lobule de l'insula* sont assez marquées. La *première circonvolution temporale*, volumineuse, sinueuse, envoie deux prolongements dans le fond de la scissure de Sylvius [1].

b). *Face interne.* — La *première circonvolution frontale*, très volumineuse en partie dédoublée sur toute sa longueur par un sillon assez superficiel, se confond en arrière avec le *lobule paracentral* qui est très irrégulier, incomplètement séparé du lobe quadrilatère, tandis qu'à droite la séparation est très marquée. Le *sillon calloso-marginal* est peu profond. La *circonvolution du corps calleux*, lisse, offre, en arrière du lobe pariétal, le renflement normal qui fait défaut à gauche. Le *lobe quadrilatère*, un peu irrégulier, mesure quatre centimètres et demi. En arrière de lui existe un sillon assez profond dans lequel existe une petite circonvolution qui semble plutôt se rattacher au coin. — Le *coin* et le *lobe occipital* peu sinueux sont assez développés. — Les *masses centrales* des deux côtés n'offrent rien de particulier.

Cette observation que nous avons classée dans l'épilepsie *post-procursive* aurait également pu trouver place parmi les cas de *vertiges procursifs*. Il n'est pas douteux en effet qu'ici, d'après les renseignements fournis sur les vertiges, nous n'ayons eu affaire à de véritables vertiges procursifs. Nous noterons encore leur disparition totale pendant la dernière année de la vie du malade. (*A suivre.*)

[1] Les *deuxième* et *troisième circonvolutions temporales*, ainsi que la circonvolution de l'hippocampe, ont été en partie détruites par le défaut de surveillance des pièces déposées à l'amphithéâtre.

RECUEIL DE FAITS

NOTE SUR UN CAS D'ATAVISME;

Par le Dr ALEXANDRE PARIS

Médecin adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne.

G... (Juliette-Charlotte), née le 4 août 1872, est nièce d'une idiote, fille d'un individu ne jouissant pas de toutes ses facultés intellectuelles, sœur cadette d'un enfant mort à l'âge de seize mois par suite de méningite; elle eut, à six mois, des convulsions auxquelles ses parents attribuent son état d'idiotie.

Cette enfant est dans un asile depuis le 28 août 1883, c'est-à-dire dès l'âge de onze ans. Ses parents n'ont pu la conserver avec eux parce qu'elle avait besoin d'une surveillance que leur situation précaire ne leur permettait pas de lui donner ; elle mangeait ses excréments, elle s'adonnait à des pratiques de nature vicieuse depuis l'âge de cinq ans et il n'était pas possible de chercher à la corriger sans provoquer une très grande irritabilité qui se traduisait par des cris inarticulés, des morsures, etc.

Juliette G... est de taille presque moyenne pour son âge (1 m. 27), de constitution faible, de tempérament lymphatique. La peau et les muqueuses sont pâles, anémiées. La boîte cranienne offre un développement considérable, indice de l'hydrocéphalie. Voici, du reste, ses principales dimensions:

Diamètre occipito-frontal.	0 m. 175
Diamètre bi-pariétal.	0 m. 160

alors que les diamètres correspondants sont chez l'*homme adulte*, d'après Beaunis et Bouchard:

Diamètre occipito-frontal.	0 m. 170
Diamètre bi-pariétal.	0 m. 135

Le diamètre vertical maximum est aussi beaucoup plus long que le diamètre correspondant chez l'homme adulte. Les cheveux très fins, sont bien implantés. Le front, un peu bombé, participe à la forme en carène de la face; les yeux, situés sur un même plan horizontal, remplissent mal leurs fonctions : il existe un strabisme convergent très évident et la vision est presque nulle;

les objets très lumineux sont seuls vus et à la condition d'être très proches. — Les dents sont irrégulièrement implantées, marquées la plupart d'un sillon transversal dénotant une nutrition défectueuse et les incisives sont en double rangée; la voûte palatine est très grande. Les oreilles sont bien conformées et l'ouïe est le plus fin des cinq sens. Les mains et les membres supérieurs n'offrent rien de particulier; les membres inférieurs relativement peu développés, sont inertes et ne supportent que le poids du corps.

Juliette G..., complètement privée de l'usage de la parole, est gâteuse, malpropre; elle mange ses excréments et elle a des habitudes d'onanisme qu'il est très difficile de combattre; elle pousse de temps en temps des cris inarticulés et, à la moindre contrariété, se mord les mains; elle est affectée de mouvements de balancement du tronc d'arrière en avant et vice-versâ.

Le 15 mai 1884, éclate un accès convulsif épileptiforme de courte durée; le 6 juin suivant. Une attaque bien caractérisée d'épilepsie se produit et, depuis ce moment, l'enfant est sujette à des accès éloignés d'épilepsie.

En septembre 1886, elle est atteinte de fièvre muqueuse avec complications du côté des méninges, mais l'état physique et mental ultérieur est le même qu'auparavant.

Jusqu'à présent nous avons passé sous silence un phénomène qui a été remarqué chez Juliette G... par plusieurs médecins depuis quatre ans environ; nous l'avons fait dans le but d'attirer spécialement l'attention sur ce point de l'histoire de notre petite malade. Juliette qui ne peut pas prononcer un seul mot, qui n'a jamais parlé, qui est incapable de recevoir même l'éducation la plus élémentaire que l'on puisse donner à une idiote, fredonne chaque jour assez gentiment et correctement quelques airs anciens, toujours les mêmes, toujours dans le même ordre et sans leur faire subir la moindre altération d'un jour à l'autre.

La littérature médicale est peu riche en faits de ce genre et celui-ci nous a semblé devoir être rapproché de l'histoire du tambour, de Morel; cet auteur a publié, en effet, l'observation d'un idiot qui, fils et petit-fils de maîtres-tambours, exécuta du premier coup un roulement lorsqu'on lui présenta un tambour et ses baguettes. — Juliette G... ne compte aucun instrumentiste parmi ses ascendants « mais toute la famille aimait « à chanter, nous écrit sa mère, et l'enfant n'a jamais entendu « que le père et la mère qui lui chantaient des chansons ».

Il a toujours été complètement impossible de faire jaillir la moindre étincelle sur n'importe quel point du territoire nerveux de cette dégénérée, à l'exception d'un seul. Il est donc bien évident que ce seul point était préparé par hérédité et que Juliette devait naître avec quelques instincts musicaux, absolument comme le tambour de Morel. Tout le système nerveux de la vie animale étant resté constamment et entièrement muet chez cette idiote hydrocéphale et épileptique, quels qu'aient été les excitants mis en jeu, il y a lieu de croire plutôt à un simple phénomène d'atavisme qu'à une résultante de l'hérédité et de l'éducation d'un sens au détriment de tous les autres.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. Paralysie générale des aliénés; par Th. Meynert. (*Jahrbüch. f. Psych.*, VI, 1-2-3.)

Article de pathogénie : Deux élément symptomatiques concourent au syndrome paralytique. Un élément d'obnubilation psychique tend à décomposer, à dissocier les associations d'idées, à renverser l'ordre de leur genèse, par suite de la déchéance des éléments anatomiques. Les divers centres associatifs les plus complexes subissant la décomposition organique, les coordinations délicates ratent en même temps et de la même manière que la coordination motrice; les phénomènes se simplifient, mais se désagrègent; le moi perd son jeu si fin pour ne se traduire que par un ensemble de manifestations terre à terre. Puis les images elles-mêmes devenant indistinctes, par suite de la déchéance des cellules corticales, la démence finit par de l'asymbolie sensorielle et motrice. P. K.

II. Description et explication des hallucinations de la vue qui se produisent avant le sommeil; par Hoppe. (*Jahrbüch. f. Psych.*, VI, 2-3.)

On peut, et l'auteur l'a fait sur lui-même, avant de s'endormir en regardant pour ainsi dire à l'intérieur de son œil, en sollici-

tant la rétine par la mise en mouvement des milieux de l'œil, provoquer la formation de fantasmes qui se projettent ensuite au dehors, en tant qu'hallucinations hypnagogiques. Hallucinations d'origine entoptique, ayant en somme le même mécanisme que le rêve. Ce mémoire les décrit avec une grande richesse d'expressions et de coloris. P. K.

III. De la folie des persécutés persécuteurs (processifs, chicaniers; gens se plaignant sans cesse); par J. Fritsch. (*Jahrbüch. f. Psych.*, VI, 1.)

Le délire provient d'un excès de la sensibilité morale, qu'il y ait ou non lacune du jugement, lésion du raisonnement. L'auteur distingue à cet égard trois grandes catégories : l'une est caractérisée par un fond de débilité mentale manifeste. La seconde témoigne d'un véritable délire. La troisième consiste, pendant bien longtemps du moins, uniquement en une impulsion irrésistible à chicaner, sans anomalie psychopathique proprement dite. M. Fritsch donne trois observations de délires chroniques systématiques ayant affecté cette forme. P. K.

IV. Contribution a l'étude des troubles mentaux transitoires ; par A. Hollœnder. (*Jahrbüch. f. Psych.*, VI, 1.)

La plupart d'entre eux seraient, d'après l'auteur, des équivalents psychiques de l'épilepsie. Il est vrai que ces équivalents psychiques peuvent remplacer des attaques épileptiformes symptomatiques. M. Hollœnder donne trois observations à l'appui de cette manière de voir : — Observation I. Manie furieuse de plusieurs heures à début et à disparition rapides actes de violence. Amnésie consécutive. Démence paralytique. — Observation II. Incohérence et désordre dans les idées de plusieurs heures. Amnésie chez un paralytique. Plus tard reproches contre lui-même se transformant tout à coup en délire des grandeurs. Syphilis. — Observation III. Etat d'obnubilation psychique avec idées délirantes de teneur dépressive. Amnésie, tabes. — La quatrième observation concerne un rhumatisme articulaire avec chorée; périodes d'angoisse, hallucination; puis allure maniaque pendant cinq jours; amnésie. — Le mémoire n'est pas encore fini. P. K.

V. L'Hystérie dans l'armée ; par le Dr Em. Duponchel. (*Rev. de méd.*, 1886.)

L'hystérie occupe actuellement dans la neurologie générale de l'armée une place importante, grâce aux récents travaux de

M. Charcot. Un bon nombre de soldats qui étaient autrefois considérés comme des simulateurs ont été reconnus depuis comme de véritables hystériques. M. Duponchel en cite plusieurs exemples. La connaissance des *stigmates* de l'hystérie permet aujourd'hui d'éviter de semblables erreurs en l'absence même de la constatation directe des attaques par le médecin, ce qui est le cas le plus habituel.

Au point de vue de la médecine légale militaire, l'existence de l'hystérie soulève une importante question. Il conviendrait, dit M. Duponchel, de compléter l'instruction ministérielle du 27 février 1877 sur les causes d'exemptions en y faisant figurer l'hystérie, mais tous les cas d'hystérie mâle ne paraissant pas *a priori* absolument incompatibles avec le service armé, il est nécessaire avant d'arrêter des dispositions définitives de multiplier les recherches et les observations.

On peut affirmer pourtant sans attendre plus longtemps que les paralysies hystériques survenant à l'occasion d'un traumatisme pourront entraîner, quand l'accident résultera d'un service commandé, ce que l'on appelle la réforme n° 1 avec gratification renouvelable. Elles resteront en effet dans la catégorie des maladies *aggravées à l'occasion du service*. Dans aucun cas, ces paralysies ne sauraient conférer des droits à la retraite, puisqu'elles sont de leur nature transitoires et curables. G. Deny.

VI. Crampe des pianistes ; par le Dr Vivian Poore.

L'auteur attire l'attention de ses auditeurs dans une leçon clinique, sur certains troubles nerveux qu'il a observés chez des pianistes. — Cette affection a une certaine analogie avec la crampe des écrivains, mais elle est plus rare. L'auteur n'en a réuni que deux cas, tandis qu'il a observé huit fois plus souvent cette dernière lésion. Sauf deux fois, ce sont des femmes qui ont présenté ce phénomène. Pour que le jeu du piano puisse s'effectuer, il faut une grande aisance dans les mouvements des articulations du membre supérieur, et une intégrité complète des muscles de ce dernier. De même que dans la crampe des écrivains, où ce sont les muscles soumis à une contraction incessante pour maintenir la plume, plutôt que ceux destinés au mouvement de celle-ci, chez lesquels se produit la crampe, il semblerait, d'après l'examen des faits dans la crampe des pianistes, que ce soient les muscles destinés à l'extension du poignet qui sont atteints. Les mouvements rythmiques de contraction et de relâchement des muscles faisant

mouvoir cette articulation ne doivent pas produire la contracture pas plus que les mouvements rythmiques du cœur sur le myocarde. — Les professeurs ont adopté une méthode dite de Stuttgart, dans laquelle le poignet est maintenant constamment étendu ainsi que les doigts, sauf sur ces derniers, quand ils sont appliqués sur les touches. Dans ces mouvements, les extenseurs du poignet et des premières phalanges sont à l'état de tension (extenseur commun des doigts, extenseur de l'index et du petit doigt). La plupart des malades du Dr V. Poore ont présenté des symptômes du côté de ces muscles et du nerf radial. Le terme de « crampe des pianistes » n'indique pas le trouble ressenti par les malades.

Dans neuf cas, ce sont des contractions des extenseurs, au moment où le pianiste fait des accords, immobilisant la main dans la position qu'elle avait pour exécuter ces derniers. La sensibilité nerveuse qui accompagne ses troubles se traduit : 1° par de l'incapacité musculaire, se manifestant dans l'action de jouer du piano, et dans les autres actes; 2° par un tremblement plus ou moins accusé ; 3° par de la douleur ou une fatigue rapide pendant la contraction musculaire; 4° une sensation de faiblesse du membre, surtout la nuit et empêchant de le placer dans une bonne position dans le lit. Cette sensation tient souvent le malade éveillé. Les nerfs sont sensibles à la pression et dans l'extension du membre. Ce même fait de douleur localisée aux points où le nerf est tiraillé dans les mouvements a été observé par le Dr Poore chez un malade atteint de névrite alcoolique.

A ces symptômes, le Dr Warrington Haward ajoute des signes de refroidissement de la main, avec aspect violacé et congestion veineuse. De plus, les phénomènes que nous avons mentionnés s'observent le plus souvent à la main gauche, qui, du reste, est celle que l'on exerce le plus. L'excitation faradique des muscles donnait lieu à une contraction propagée des muscles voisins.

Dans quatre cas, il y avait simplement de la difficulté à jouer, sans localisation au niveau des extenseurs et du nerf radial. Deux fois la lésion semblait exister à l'épaule. Dans deux cas, le traumatisme semble avoir été la cause de la lésion ; mais le plus souvent ce sont des individus nerveux ou présentant certaines affections (anémie, rhumatisme, goutte, dyspepsie) qui sont atteints de cette crampe.

Les douleurs de la crampe des pianistes ne se montrent pas seulement au moment du jeu du piano, mais dans d'autres actes, ce qui est opposé aux phénomènes de la crampe des écrivains; l'auteur attribue cette différence à ce que dans la première, les muscles intéressés sont plus volumineux, plus nombreux et d'un emploi plus fréquent que les interosseux incriminés dans la seconde.

Comme traitement, l'auteur fait diminuer le temps des séances de piano, soigner les maladies constitutionnelles. L'arsenic à l'intérieur, les douches, les frictions et surtout le massage doivent être employés.

On sait combien les pianistes ont de difficulté à faire manœuvrer l'annulaire, qui a des mouvements indépendants très restreints. Cette gêne est due à l'absence d'extenseur propre de ce doigt. Pour y remédier, des auteurs américains ont proposé de diviser avec le ténotome les expansions fibreuses unissant le tendon extenseur de l'annulaire à celui des doigts voisins. Le Dr V. Poore ainsi que le Dr Warrington Haward rejettent cette intervention qui ne doit avoir pour résultat que d'immobiliser encore davantage l'annulaire par la production de tissu cicatriciel. (*British Med. Journ.*, 26 févr. et 26 mars 1887.) A. RAOULT.

VII. REMARQUES ADRESSÉES A LA THÉORIE DU PROFESSEUR ARNDT SUR LES HALLUCINATIONS ET LES ILLUSIONS. (*Traité de psychiatrie*, p. 110-112, ch. XIX[1]); par HOPPE. (*Jahrbüch. f. Psych.*, VI, 2-3.)

Pour M. Hoppe, les hallucinations de la vue émanent purement et simplement d'impressions périphériques prenant leur source dans les éléments anatomiques intra-oculaires. Que l'on ajoute par la pensée quelque chose à ces impressions, elles deviennent des perceptions délirantes. Toutes les hallucinations ont pour origine l'organe sensoriel. Tout le monde peut donc s'halluciner en se mettant dans les conditions en question ; la facilité est plus ou moins grande, voilà tout. P. K.

VIII. DES RÉACTIONS GALVANO-ÉLECTRIQUES DES NERFS AUDITIFS ET OPTIQUES CHEZ LES HALLUCINÉS; par E. KONRAD (*Jahrbüch. f. Psych.*, VI, 2-3.)

Dans l'immense majorité de cas d'hallucinations vraies (douze faits sur vingt malades), on constate de l'hypéresthésie (avec ou sans

[1] Voy *Arch. de Neurologie*, t. XIII.

modifications de la formule normale) du côté de l'*acoustique;* il semble que ce résultat ne se produise pas dans les cas d'hallucinations frustes sur les douze faits en question d'hallucinations véritables, plastiques, on note dix cas d'hypéresthésie de l'auditif à l'égard du courant; un cas de simple modification de la formule, un cas de torpeur du nerf. Telle est la substance utile de ce mémoire. P. K.

IX. Etats d'affaiblissement psychique congénitaux en médecine légale criminelle; par de Krafft-Ebing. (*Jahrbüch. f. Psych.* VI, 2-3.)

Sept rapports médico-légaux concernant des cas relatifs à la pratique de chaque jour. Relief élémentaire. — I. Meurtre de sa sœur par un imbécile; a été exécuté sous une influence émotive. — II. Incendie par un idiot. — III. Incendie sous une influence passionnelle par un débile congénital, atteint d'épilepsie traumatique. — IV. Vol, débilité mentale. — V. Attentat, faiblesse intellectuelle. — VI. Attentat. Idiotie. — VII. Acte de violence publique. Haut degré de débilité mentale et d'émotivité.
P. K.

X. Du renvoi définitif des aliénés criminels guéris; par A. Pick. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIII, 1-2.)

Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de le faire décider par une commission mixte composée de médecins, d'administrateurs, de juges, conformément à l'opinion du procureur général Barbier et du rapporteur sur la Loi française, Th. Roussel. P. K.

XI. Contributions a la connaissance des psychoses dans l'armée; par W. Sommer. (*All. Zeitsch. f. Psysh.*, XLIII, 1-2.)

Étude statistique très complète et fort judicieuse de laquelle il ressort que, en temps de paix comme en temps de guerre, ce n'est pas le service qui rend fou; ce sont la tension d'esprit et les préoccupations de la responsabilité jointes aux travaux intellectuels qui provoquent de concert, avec les excès et les exigences sociales, l'aliénation mentale. Aussi, sont-ce les sous-officiers et les officiers qui lui paient le plus fort tribut. Et encore faut-il faire la part dans l'espèce des prédispositions psychopatiques congénitales ou acquises qui sont celles de tout le monde, vie de garnison comprise. — Conclusion. — Examinez avec le plus grand soin les jeunes hommes à leur début au service; examinez-les encore au régiment, n'hésitez pas à les faire traiter dans un asile dès

que débute l'aliénation mentale. Quant aux modalités morbides et à leur évolution, M. Sommer montre que c'est la mélancolie qui se produit le plus souvent; elle se manifesterait dans la seconde moitié du temps du service. La manie atteint surtout les recrues et guérit promptement. On rencontre peu de folies curables chez les sous-officiers; prédominance de la paralysie générale et de la folie systématique. Les officiers sont encore plus affectés sous ce rapport; cinquante pour cent de paralytiques généraux; trente-six pour cent de folies systématiques (religieuses ou hypochondriaques); quatorze pour cent de guérisons. P. K.

XII. Aperçus sur l'histoire de l'assistance des aliénés allemands au moyen age; par Kirchhoff. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIII, 1-2.)

Conclusion.— Il ne faut pas croire que le traitement des aliénés fût aussi inhumain qu'on le pense. Sans doute, on n'avait pas constitué de traitement psychiatrique correspondant au nôtre, sans doute on se préoccupait surtout de séquestrer dans un but de préservation sociale, mais on ne les traitait pas non plus comme des malfaiteurs. P. K.

XIII. De l'importance des asiles d'aliénés pour préserver les psychopathes du suicide; par F. Muehlberger. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIII, 1-2.)

Statistique de l'asile du grand-duché de Hesse, par Heppenheim.

XIV. Du trouble du langage écrit chez les demi-idiots et de sa ressemblance avec les vices d'articulation. (*Balbutiement et bégaiement*); par Berkhan. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 3.)

Nouveaux spécimens d'écritures montrant que, sous la dictée, les débiles ou les imbéciles omettent des lettres, dans l'espèce, l'*r* et l'*l*. Ces deux linguales font défaut ensemble exactement comme chez les balbutieurs. C'est donc du *balbutiement écrit*. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 juin 1887. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

L'acétanilide dans l'épilepsie.— MM. MABILLE et RAMADIER communiquent à la Société le résultat de leur expérimentation de l'acétanilide dans l'épilepsie. La conclusion est que cet agent, loin d'avoir les propriétés thérapeutiques qu'on lui avait attribuées, est d'un effet presque nul, sinon contraire au but poursuivi. Chez un certain nombre de malades, les crises ont augmenté, mais dans la plupart des expériences, le médicament est resté sans effet à la dose de trois grammes par jour.

Amnésie traumatique. — M. RITTI donne lecture d'une observation de Jarchi (de Buckarest), relative à un cas d'amnésie consécutive à un traumatisme cranien chez une femme. Après trois semaines, la malade a guéri mais n'a jamais depuis retrouvé le souvenir de son accident, ni des événements accomplis pendant la durée de la maladie.

Du dédoublement de la personnalité chez un hystérique. — M. MABILLE, qui a suivi la malade de MM. Bourru et Burot dont l'histoire est revenue à différentes reprises devant la Société [1], apporte la confirmation de certains faits avancés par les premiers présentateurs.

Du délire chronique. (Suite de la discussion.) — M. CHRISTIAN : Lorsque, dans la dernière séance, je vous exposais que, selon moi, les persécutés dont le délire reposait sur des troubles de la sensibilité génitale n'arrivaient jamais à formuler d'idées ambitieuses, M. Doutrebente m'a objecté qu'à une certaine époque, l'officier de marine dont j'invoquais la typique observation avait eu des conceptions très nettement orgueilleuses. Je vous apporte aujourd'hui les documents officiels de Charenton, et vous verrez qu'à aucune époque rien de semblable n'a été noté. M. X... s'est bien cru en 1854 frère de l'empereur, mais dans sa généalogie écrite de sa main, il ne fait nullement mention de cette parenté.

[1] Voir *Archives de Neurologie*, vol. X, 1885, p. 212, 230.

M. Doutrebente. Il me semble alors que j'ai annoncé un fait exact, puisque vous reconnaissez avec moi qu'en 1854 il se disait allié à la famille impériale.

M. Christian. Oui, mais cela n'a pas duré.

M. Doutrebente. J'ai aussi retrouvé les notes que je prenais au jour le jour sur ce malade et j'y vois qu'il était poursuivi par un préfet de police invisible, à cause de sa parenté avec l'empereur. « Je me garde bien, nous écrivait-il confidentiellement, de jamais parler de mon frère, parce qu'ils me tourmenteraient davantage. » Plusieurs lettres que le malade m'a remises sont remplies de conceptions orgueilleuses ; si dans les notes médicales il est à peine question de cette tendance, cela tient surtout à ce que, ne connaissant pas cette dernière transformation du délire chronique, on ne la recherchait pas.

Affaire du baron Seillère. — M. Briand. En présence des attaques dont deux de nos collègues qui sont des maîtres estimés et respectés, sont l'objet depuis quelques jours, il me semble que la Société médico-psychologique a un devoir à remplir. Les insultes dont on abreuve MM. Falret et Motet rejaillissent sur nous tous. Je vous demande de donner une nouvelle preuve de confraternité et de solidarité médicale en votant l'ordre du jour suivant :

« *La Société médico-psychologique adresse à MM. Falret et Motet* « *l'expression de sa plus vive sympathie à l'occasion des attaques* « *aussi inqualifiables qu'imméritées dont ils ont été récemment l'objet* « *dans une certaine presse.* »

L'ordre du jour est voté par acclamation.

M. Motet, après avoir remercié en termes émus la Société de l'ordre du jour qu'elle vient de voter, demande à exposer en quelques mots l'affaire du baron Seillère, non pas, dit-il, pour se disculper ou se défendre, mais pour revendiquer hautement devant ses pairs sa part de responsabilité.

« Mêlé dès le début à cette affaire, dit-il, si j'y suis intervenu, appelé par la famille, c'est que déjà, dans une circonstance non moins pénible pour elle, j'avais été chargé de constater l'état mental d'un des siens. J'ai vu M. le baron Seillère pour la première fois le 18 mai 1887 ; j'ai dit, en mon honneur et conscience, ce que je pensais de son état, et depuis j'ai laissé sans réponse tout ce que les journaux ont publié. J'aurais manqué à tous les devoirs de ma profession en donnant des détails ; j'aurais violé le secret médical : je me suis tu.

« Mais, depuis l'interpellation portée devant la Chambre des députés le 24 juin 1887, par M. J. Gaillard, député du département de Vaucluse, j'ai bien le droit de penser qu'il n'y a plus de secret

médical à garder et que, si malgré les efforts de M. le Ministre de l'intérieur, de M. le Président de la Chambre, on a pu jeter à tous les vents les secrets d'une famille cruellement atteinte, que si, sans pitié, on a pu se livrer à des attaques sans mesure, je pouvais venir devant vous, non pour me défendre, non pour me justifier, mais pour revendiquer hautement la responsabilité du conseil que je devais donner et rétablir pour vous la vérité des faits que je veux bien encore supposer inconsciemment altérés. »

M. Motet communique ensuite à la Société : 1° une consultation en date du 18 mai 1887; 2° une consultation signée de M. le professeur Charcot, en date du 24 mai; 3° une série d'écrits du baron Seillère.

Dans la première consultation, celle qui a précédé l'internement, M. Motet détermine sous le nom d'accès d'excitation maniaque, l'état du baron Seillère. Les violences du langage, les menaces contre plusieurs membres de sa famille, non moins que les exagérations vaniteuses, caractérisent suffisamment cet état. Cependant M. Motet laissait encore entrevoir la possibilité d'un retour au calme et ne concluait à la nécessité de l'internement que dans le cas où l'excitation persisterait. Ce qui décida la famille de M. le baron Seillière à agir, ce fut à la fois l'agitation croissante du malade et une lettre de son conseil judiciaire qui, ému de l'état de M. le baron, crut de son devoir d'avertir son frère de l'exaltation inquiétante dans laquelle il serait de le voir et de l'impossibilité où il s'était trouvé de traiter avec lui les affaires d'intérêt dont il avait à lui rendre compte. Ce placement eut lieu sans violence et les scènes du domestique qui se serait emparé du malade est une pure invention. Le malade a été conduit à Vanves par un de ses amis, le colonel X...

La consultation, en date du 24 mai, a été rédigée à la suite de la visite de M. le professeur Charcot à la maison de santé. L'état de M. Seillère, à ce moment, y est exposé avec détails. Ce qui frappe les médecins consultants, c'est l'indifférence du malade sur sa situation, son intarissable loquacité, une attitude, une manière d'être générale qui n'est pas celle d'un malade de fraîche date : ils expriment l'opinion que le baron pourrait bien avoir eu déjà des accès du même genre; ils insistent sur la nécessité de l'isolement dans une maison de santé spéciale et la considèrent comme la seule mesure qui puisse sauvegarder le malade contre les entraînements auxquels il est incapable de résister.

Le même jour, 24 mai, M. le Dr Laborde constatait, conformément à la loi, l'état mental de M. le baron Seillère et adressait au préfet de police un rapport dans lequel il concluait aussi à la nécessité de l'internement. Plus tard, M. Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police, était envoyé par M. le Préfet qui lui demandait d'urgence un rap-

port. Entre tous les médecins qui ont visité M. le baron Seillère, il n'y a pas eu dissidence dans l'affirmation d'un trouble mental qui, progressivement, a passé de l'excitation maniaque au délire maniaque avec des idées de grandeur incohérentes, contradictoires; on les retrouve dans ses écrits dont M. Motet lit les passages suivants :

« Du 19 *juin* 1886. — Ma généalogie précise, Jupiter et Junon, Confucius, Moïse, Salomon, Jules César. . . . . . Un rejeton apparaît dans le désert, Mahomet, puis moi. A chercher naturellement la filiation de ma famille récente, on trouvera que j'ai, pas très loin, une aïeule de sang maure.

« Je suis le petit-fils de don Juan d'Autriche et d'une fille maure de sang pur de Mahomet, qu'il a faite prisonnière à la bataille de Lépante. Mon instinct m'a fait acheter, il y a trois ans, un bijou souvenir de mon aïeul don Juan, portant une inscription que personne ne comprend. J'étais très à court d'argent et rien n'a pu m'empêcher de l'acheter. Salut et souvenir à mon grand-père don Juan, mon humble respect à ma grand'mère du sang des Purs.

« En traduisant Seillère en espagnol, puis en maure, on aura le nom de ma grand'mère dOn Juan. Mon nom est celui de la fille de Mahomet, l'unique de sang pur, Cheillire de la Seillire. La logique de ma filiation est bien claire et je porte mon nom francisé qui veut dire en maure : chef, et Mahomet ne l'a pas donné à la légère à sa fille.

« 20 *juin*.— Mohammed eut une seule fille légitime, ma grand' mère, dont je porte le nom. Par un hasard, sa progéniture est faite prisonnière à Lépante par don Juan qui devait avoir quelques traces de sang pur dans les veines. Son affinité lui a fait épouser devant Dieu cette Mauresque, et il n'ose l'avouer à cause du préjugé de religion. Puis moi, dont je vais expliquer l'incarnation et qui résume tous mes ancêtres. Ma vie jusqu'à ce jour est une vie de passion aussi sublime que celle de Jésus, qui, versant son sang pour la Rédemption de l'humanité, paya la faute de ses ancêtres.

« 21. — Les forêts, les produits de la terre, tout cela est faux. Le charbon de terre, c'est nos anciens arbres des forêts enfouis, et en faisant renaître le paradis terrestre que Dieu a changé en désert, vous aurez là la végétation, les légumineuses et les vrais aliments créés par Notre Père pour ceux créés par lui à son image. Tout cela va renaître par Dieu qui se sert de moi comme instrument inconscient et se pliant toujours sans aucune exception comme cela a été l'emblème de ma vie passée comme dans ma vie future pour être le vrai Messie attendu et annoncé depuis la première faute de l'homme créé à son image. Gloria, Gloria, Glo-

ria Dei Patris Noster. Inconsciemment, j'ai été nourri par la manne pure comme mon ancêtre Moïse, etc., etc.

« Marie CHEILLIRE. »

Dans ces écrits, il n'y a plus seulement de l'excitation maniaque : le délire sous forme de délire des grandeurs y apparaît avec les exagérations morbides les plus manifestes confirmant le récit publié par les journaux, de l'entrevue de M. le Préfet de police avec le malade.

M. MOTET, en mettant en relief certains passages de ces écrits, montre que le délire a des racines profondes dans le passé et que si, aujourd'hui on est en présence d'un état aigu, la préparation a été longue. Semblables accidents ne sont en effet que la manifestation d'une lésion déjà ancienne et insidieuse dans sa marche progressivement envahissante.

M. MOTET termine ainsi son intéressante communication :

« Si M. Gaillard, député du Vaucluse, s'était posé en défenseur de la liberté individuelle; son inexpérience, son ignorance à peu près complète de la question qu'il prétendait traiter, eurent été fort excusables. Mais sans autre argument que celui-ci : « On a enfermé un homme qui n'était pas fou, s'il l'est aujourd'hui, c'est qu'on l'a rendu fou », M. Gaillard s'est livré à des appréciations aussi erronées qu'injustes sur des médecins. Peut-être partage-t-il l'opinion de ses collègues qui ont lancé cette phrase : « La plupart des aliénistes sont des aliénés. » Je comprends alors qu'il ait tenu en si pauvre estime les consultations qui ne disaient pas brutalement: M. le baron Seillère est atteint d'aliénation mentale et qu'il en ait conclu que notre malade n'était pas fou.

« Si M. Gaillard, de Vaucluse, veut bien permettre à un aliéniste qui, jusqu'à présent, n'est pas arrivé à un état d'aliénation mentale grave (du moins il l'espère) de lui donner un renseignement d'ordre scientifique, il saura désormais qu'aliénation mentale est un terme très général qui comprend toutes les variétés du genre et qu'un certificat médical disant tout simplement, comme le voudrait M. Gaillard, qu'un homme est atteint d'aliénation mentale, nous paraîtrait insuffisant et nous laisserait tout le diagnostic à faire. Si nous disons excitation maniaque ou dépression mélancolique, si nous y ajoutons quelques détails comme tremblement fibrillaire des muscles de la face, inégalité de la dilatation pupillaire, hésitation dans la parole, cela pourra bien sembler à M. Gaillard, de Vaucluse, aussi amusant que la *sputation fréquente* si heureusement trouvée par Molière. Peut-être cela prendrait-il pour lui plus d'importance, s'il savait que ces « petits symptômes » dont on rit si agréablement à nos dépens, sont pour nous des signes d'une exceptionnelle gravité et nous permettent d'affirmer

que le malade qui nous les présente est atteint d'une lésion cérébrale qui ne pardonne pas.

« Nous ne pouvons pas, nous ne devons pas nous défendre contre des accusations odieuses. Nous n'avons pas le droit de livrer des secrets que nous avons reçus dans l'exercice de notre profession. Nous n'avons qu'une chose à faire, nous conduire comme le conseillait un des vétérans de la presse, M. Ranc, en parlant des affaires d'honneur : « Il n'y a qu'un moyen, disait-il de se tirer d'affaire, c'est de se conduire le plus correctement possible, sans se préoccuper le moins du monde de ce que diront les badauds. »

« J'espère, messieurs, vous avoir donné la preuve que rien dans ma conduite ne prête à une interprétation douteuse. Votre jugement, les témoignages de sympathie et d'estime que vous m'avez spontanément donnés ainsi qu'à mon excellent et si honorable collègue, M. Falret, me suffisent et je vous en remercie. »

M. Falret, après avoir adressé ses remerciements à la Société, expose les craintes que l'état du baron lui inspire. Il vient d'avoir, dit-il, quelques syncopes suivies d'une crise d'excitation très violente accompagnée de perte complète du souvenir. Ensuite il est redevenu ce qu'il était avant, tantôt persécuté, mystique ou ambitieux, mais toujours incohérent. On me reproche de le soustraire à ses visites... mais la maison ne serait pas assez grande pour contenir la foule d'amis inconnus qui se présentent quotidiennement.

Pour vous donner un état de son inconscience, je ne veux vous citer qu'un fait. Le colonel X..., qui l'avait conduit chez moi, étant venu voir son malade, celui-ci l'a déshabillé des pieds à la tête; puis, se déshabillant à son tour, il s'est mis à danser tout nu autour du colonel.

La mobilité de ses idées est telle qu'on ne peut les suivre. Dernièrement il prétendait que la sainte Vierge lui avait recommandé de jeûner pendant quarante jours et il refusa toute nourriture; plus tard il mangea avec avidité, en disant que les quarante jours étaient écoulés.

On comprend combien il est difficile de poser un diagnostic précis. Il peut se faire que le baron Seillère en soit quitte pour un accès d'agitation maniaque simple, mais il faut aussi craindre une paralysie générale peut-être spécifique. M. Falret conclut qu'en tout cas on lui ferait bien plaisir en le débarrassant du malade, qui peut succomber dans une de ses attaques congestives.

M. Garnier a vu deux fois le baron. Entre ses deux visites, le délire s'est considérablement modifié. De soupçonneux et méfiant, il était devenu communicatif et exubérant. Il pense que la syphilis cérébrale chez un fou héréditaire pourrait expliquer les anomalies que présente cet état mental.

M. Voisin se demande si en présence des déraillements de l'opi-

nion publique, il ne serait pas bon de faire choix d'un journal pour y publier une chronique des faits et gestes des aliénés en liberté. M. B.

Séance du 25 juillet 1887. — PRÉSIDENCE DE M. MAGNAN.

Du délire chronique. (Suite de la discussion.) — M. BALL rapporte l'observation de deux malades atteints de délire ambitieux d'emblée, sans avoir traversé les étapes successives assignées au délire chronique. Il en conclut que les exceptions à la règle sont très fréquentes et propose ensuite de donner à la maladie le nom de délire des persécutions de Lasègue en souvenir de l'homme qui a décrit le premier la période prédominante du délire, la période des persécutions.

Affaire du baron Seillère. — M. GARNIER tient à donner à la Société des explications sur la nouvelle tournure que vient de prendre l'affaire Seillère, il tient surtout à expliquer dans quelles conditions la sortie du malade s'est effectuée, et rectifier ainsi les appréciations malveillantes de la presse. Dans un premier rapport que j'avais été appelé à fournir au Préfet de police sur le baron Seillère, dit-il, j'avais laissé entrevoir la possibilité d'une amélioration rapide. C'est cette amélioration que j'ai constatée dans le rapport ci-dessous rédigé d'après une nouvelle invitation du Préfet à examiner le malade qui a déterminé la mise en liberté du baron. Mais je tiens à le proclamer bien haut pour éviter toute interprétation inexacte, ce rapport résume ainsi la pensée de de M. Falret en ce qui concerne l'état mental du malade :

« Monsieur le Préfet. Depuis la dernière visite que j'ai été appelé à faire à M. Seillère, un changement bien remarquable s'est produit dans sa manière d'être. Je n'ai plus retrouvé l'exalté maniaque, le délirant dont j'avais noté les extravagances, les propos incohérents et les divagations ambitieuses. Il s'est présenté avec des dehors raisonnables et c'est en termes posés et sur un ton tranquille qu'il m'explique que, se sentant guéri, il désire sa mise en liberté et espère qu'on pourra faire droit à sa demande.

« M. R. Seillère a conscience de l'état morbide qu'il vient de traverser; il parle de l'affection cérébrale dont il a subi le choc, en homme qui a la perception des désordres qui en ont été la conséquence. Il ne fait aucune difficulté à reconnaître que, sous cette influence, il a perdu la notion exacte des choses, qu'il n'était plus maître de ses idées et de ses actes, qu'il a été le jouet d'illusions et d'hallucinations nombreuses ; il accorde enfin, avec toutes les apparences de la sincérité, que les mesures prises à son égard, dans le but de le traiter et de le protéger contre des entraîne-

ments irrésistibles et dans un intérêt de sécurité sociale étaient commandées par les circonstances, par la gravité de sa maladie mentale, il est heureux, ajoute-t-il d'avoir rencontré dans l'infortune qui l'a frappé, des médecins aussi bienveillants, aussi dévoués dont les soins éclairés et assidus lui ont été si utiles.

« Fait-on allusion, pour donner à l'interrogatoire une portée plus précise, à certaines interprétations délirantes auxquelles M. Seillère s'abandonnait, tout récemment encore, il convient, confesse que sa maladie a fait de lui, pendant ces dernières semaines un être bien extravagant !... Il demande que tout cela soit oublié puisqu'il n'y pense plus lui-même... Il est certain toutefois que des réserves très grandes sont à faire, quant à la valeur de la rémission qu'il m'est donné de constater dans le laps de temps signalé. La disparition de l'excitation et du délire est, assurément, de date beaucoup trop récente pour qu'on puisse répondre de l'avenir cérébral, même prochain de M. Seillère. On doit craindre que la maladie après un temps d'arrêt plus ou moins long, ne se rencontre, soit sous forme d'un accès similaire, soit pour évoluer d'une manière continue et progressive. Mais la menace d'une rechute ne détruit pas le fait même de la rémission qui s'affirme par des signes suffisamment manifestes, bien que l'équilibre mental reste instable et fragile.

« J'ajoute qu'il serait désirable que M. Seillère fût tenu, autant que possible, pendant quelque temps encore, à l'abri de toutes les causes de fatigue et d'excitation cérébrale ; que sa convalescence se poursuivit dans des conditions de calme, de repos, d'affectueuse surveillance et d'hygiène morale dont il a le plus grand besoin. S'il existe de ce chef des indications spéciales, il convient de déclarer que là ne réside point pour l'administration l'obligation de prolonger un internement que l'intérêt de la sécurité publique n'impose plus...

« 19 juillet 1887. »

Vous le voyez, ajoute M. Garnier, que c'est bien à tort que l'on a parlé de divergences entre les médecins appelés à voir M. Seillère. De même que j'ai partagé l'opinion de MM. Charcot, Decaisne, Laborde et Motet à l'époque de la séquestration du malade, de même, mes honorés confrères auraient été de mon opinion s'ils avaient vu le baron la veille de sa sortie. Entre M. Falret se disposant dans ces derniers jours, comme il le disait lui-même, à laisser sortir son malade pour le faire conduire à la campagne dans un château appartenant à la famille, entre cette manière d'apprécier la situation et mon dernier rapport, il n'y a pas de différence ; je ne vois donc pas pourquoi la presse a cherché à nous opposer l'un à l'autre.

M. Falret. Dans ces derniers jours, une amélioration sensible

s'était en effet manifestée et je me proposais de solliciter pour mon malade une sortie provisoire dans des conditions de surveillance parfaite, destinée surtout à éviter au convalescent certain entourage interlope dont il a été question dans les journaux. D'accord avec la famille, on préparait une installation dans un château lui appartenant, à la campagne, où il eût été placé pour quelques jours sous la surveillance d'un médecin prêt à intervenir en cas d'alerte; mais je n'aurais pas osé proposer encore une sortie définitive d'un malade dont cependant j'aurais bien aimé à être débarrassé. Au moment où M. Garnier a examiné le baron, celui-ci ne délirait pas, mais peu après le départ de notre confrère, il nous racontait, à M. Cotlard et à moi, qu'il avait, comme les amphibies, la faculté de vivre dans l'eau, grâce à sa double aspiration; son urine était douée de propriétés curatives surprenantes et il promettait de revenir après sa sortie en faire l'expérimentation sur nos pensionnaires. Ce sont ces faits qui faisaient hésiter M. Falret, médecin traitant, auquel la famille avait confié le malade, devant une mise en liberté immédiate.

M. Motet regrette que M. Falret, qui a soigné son malade avec tant de dévouement, n'ait pas eu la satisfaction de proposer le premier la sortie du malade à l'autorité administrative.

Marcel Briand.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

Séance du 15 juin 1886[1]. — Présidence de M. Lœhr.

Après avoir transmis les salutations des membres empêchés d'assister à la séance, le président fait un rapport sur les travaux de la Société pendant l'année précédente. Il propose que, désormais, le bureau comprenne cinq collaborateurs, dont deux seront secrétaires. La Société élit sur-le-champ MM. Lœhr, Mendel, Zinn, Guttstadt et Moeli, ces deux derniers secrétaires.

M. Ideler. *Folie épileptique. Accusation de banqueroute frauduleuse.* — Il s'agit d'un banquier de Berlin qui, après avoir fait

[1] V. *Archives de Neurologie*, séance du 15 décembre 1885, p. 252.

honneur à ses affaires depuis 1876 jusqu'en 1883, fit à cette dernière époque des spéculations malheureuses qui finirent par amener la catastrophe le 25 février de cette année-là. Après avoir brûlé la plus grande partie de ses livres de commerce, il prit la fuite en emportant 75,000 marks (93,750 fr.). Une enquête effectuée le 2 mars, démontra qu'il ne restait en caisse que 1,000 marks (1,250 fr.) et qu'il avait été dissipé 350,000 marks (437,500 fr.). Peu de jours, après le banquier était arrêté à Munich chez une amie de sa femme. Il se trouvait, d'après la constatation même du magistrat chargé de l'arrestation, dans un tel état d'agitation et de désordre des idées que l'on prescrivit, afin d'éviter une tentative de suicide, de le surveiller dans un local spécial. Son médecin fournit un certificat d'après lequel, lorsqu'il avait pris la fuite, son état mental ne saurait être tenu pour normal. Connu jadis pour un homme d'un esprit solide, d'une raison éprouvée, ce qui était conforme à la réalité du reste, il manifestait depuis quelque temps une propension à la prodigalité, contrastant d'une façon criarde, avec une économie simultanée tout à fait irrationnelle. Achetant sans besoin, sans emploi raisonnable, des objets d'or, des bagues en brillants, des montres de valeur, tandis qu'il faisait contrôler le poids de son pain, il faisait cadeau à sa fille d'une poupée de 75 à 112 fr. 50 en même temps qu'il lui refusait une paire de bottines de rechange, au point de la forcer à demeurer au lit jusqu'à ce qu'on eût réparé la vieille paire. Il s'était affilié également à la société des végétariens. — *Conclusion* : Altération de l'intelligence à la suite de spéculations de bourse. En prison, il est en proie à des attaques épileptoïdes commençant par un cri, puis les poings se ferment convulsivement, la tête se tourne irrésistiblement vers le dos, les yeux deviennent larmoyants. L'accès laisse après lui une perte de connaissance manifeste et un sentiment de profonde lassitude et de grand abattement. Un peu d'élévation de la température. On n'a pas assisté à de véritables convulsions généralisées, mais un matin, au réveil, on a constaté une petite blessure à la tête, ainsi qu'une ecchymose au bras droit. Céphalalgies, surtout à la région temporale gauche : face pâle, sommeil agité. Humeur changeante à tout bout de champ ; impossibilité de suivre un entretien ; désorientation absolue en ce qui a trait aux plus simples rapports de temps et de lieu. Ne s'intéressant à rien, dépourvu d'énergie et d'initiative, ne s'inquiétant aucunement de son avenir, il est parfois agité, en proie à une inquiétude chagrine, versant bruyamment des larmes et soupirant profondément surtout quand on lui parle de sa fille. La mention de sa femme et d'un autre enfant le laisse froid. Interrogé sur l'acte incriminé, il avoue avoir brûlé des papiers, en mettant cela sur le compte d'une angoisse, d'une agitation voisine du délire ; il prétend avoir en même temps ressenti un extrême malaise dans toute

son économie. C'est presque sans y penser qu'il aurait pris le train pour Munich; il ne serait revenu à lui qu'en faisant la rencontre pendant ce voyage, d'un négociant de ses amis. Ce négociant témoigne en effet, que de temps en temps le banquier lui parut très agité, qu'il changeait constamment d'humeur, et se montra très incohérent; il lui fit même remarquer qu'un paquet de billets de banque sortait à même de la poche de sa redingote; c'est alors que le banquier pensa à l'envelopper d'un journal. Les experts conclurent à l'existence d'une perturbation psychique ayant déterminé la perte du libre arbitre, mais ils ne purent répondre unanimement à la question formulée par le président du tribunal. L'accusé est-il capable de soutenir les débats? La cour ordonna un rapport écrit et motivé des experts, afin de décider quel était l'état mental du banquier en 1882, et dans les premiers mois de 1883, c'est-à-dire à l'époque de l'acte incriminé, et quel est son état mental actuel. A cet égard, la fuite de l'accusé est caractéristique. Il ignore comment il est arrivé à la gare, comment il a pris son billet pour Munich; il ne reprend connaissance que lorsque le train est sorti de la gare; il va à Munich dans une famille amie, et là on le voit inactif, inerte, rester étendu sur un sofa, jusqu'à ce que la police vienne l'arrêter. Avant de s'enfuir, il brûle au hasard des livres quelconques et non pas seulement ceux qui le peuvent compromettre sans systématisation, sans falsification spéciale. Il n'a du reste conservé qu'un souvenir sommaire de ce qui s'est passé; il semble qu'il ait rêvé. Il est donc certain qu'il a été en proie à une perte de connaissance pathologique, à la manifestation prolongée d'absences épileptiques. C'est d'ailleurs un individu touché par une tare héréditaire. Quatre de ses frères et sœurs présentent maintes anomalies, maintes originalités psychiques.

Conclusions. — 1° Il est incapable de se rendre compte de la conséquence de ses actes. — 2° Il y a lieu de penser qu'à l'époque de l'acte incriminé, il était atteint d'une perturbation psychopathologique, excluant son libre arbitre. — 3° Il était, selon toutes probabilités, aliéné à la fin de 1882. Ces conclusions furent adoptées par le tribunal. Les événements subséquents ont vérifié le diagnostic.

Discussion. — M. MUELLER. Ce malade m'a été confié pendant l'été de 1884. Quand il est entré il était sous l'influence d'un état d'épuisement somatique et psychique notable; il a depuis présenté, à des intervalles irréguliers des accès d'épilepsie, laissant après eux une longue hébétude. Les anamnestiques démontrèrent que, pendant son service militaire, il avait fait une lourde chute de cheval et avait été traîné à terre par l'animal. Depuis lors, le pariétal gauche est resté marqué d'une cicatrice sensible

allant, comme une gouttière, du sommet de la tête à la partie antérieure. Depuis cette époque aussi il ressent des bourdonnements dans la tête qui lui enlèvent le sentiment, et le torturent constamment. A l'ophtalmoscope, on constate, du côté gauche, une atrophie concentrique de la rétine; le champ visuel est diminué latéralement; engourdissements dans les mains et les pieds; démarche incertaine, parole anxieuse avec bégaiement. Diagnostic. Affection organique du cerveau, par inflammation de la table interne et des méninges. Les accidents épileptiformes durent encore; le dernier, observé le 16 avril, est manifestement d'origine cérébrale. Le patient a récupéré ses facultés et son calme.

M. Ideler. Au début, j'avais pensé, d'après la manière d'être du malade, à un commencement de paralysie générale.

M. Jastrowitz. A-t-on abandonné l'action judiciaire ?

M. Ideler. On l'a suspendue.

M. Jastrowitz. Au moment de la catastrophe, son frère, qui était son associé, mais que le public avait qualifié du sobriquet d'Abruti, s'est fait recevoir dans une maison de santé en accusant des malaises psychiques mal déterminés. Il paraissait vouloir qu'on le considérât comme aliéné. Mais j'avais souscrit à sa détention.

M. Falk. La question relative à la capacité pour un individu donné de soutenir des débats judiciaires n'a rien de médical. Quand je ne puis m'éviter d'y répondre, exactement comme lorsque je ne peux me dispenser de répondre à la question de responsabilité, je décris l'ensemble de l'état mental, en insistant plus particulièrement sur la sensibilité morale, le jeu de l'humeur, et le discernement, laissant aux juges le soin de conclure. S'il est de prime abord certain que les maniaques ou les simulateurs agités semblent incapables de soutenir les débats, il est d'autres aliénés desquels on ne peut en toute certitude en dire autant.

M. Ideler. Tel n'est pas mon avis. Le spécialiste devant les juges a pour mission de déterminer si un aliéné, sur l'état mental duquel il s'est formé un jugement, est ou non capable de participer aux débats. Le banquier en question était complètement affaibli intellectuellement, il était incapable de suivre des débats, de soutenir des arguments contradictoires, parce qu'il ne possédait pas un discernement bien net sur sa situation, sur les conditions dans lesquelles il se trouvait placé; aucune conscience de ses actes; il était encore sous l'influence des éléments morbides qui lui avaient ravi, à l'époque où il avait commis l'acte qu'on lui reprochait, la liberté volontaire, le libre arbitraire.

M. Jastrowitz. Evidemment celui-là seul est capable de participer aux débats qui peut saisir la réponse aux questions qu'on lui adresse et la portée des accusations. Les juges englobent dans

le terme posé plus haut la faculté de comprendre et celle d'émettre des propos intelligibles, quand par exemple un aliéné doit être appelé comme témoin. C'est alors qu'il convient d'ouvrir l'esprit des juges au domaine psychopathologique, et de leur indiquer dans quelle mesure ils doivent accorder créance aux assertions du malade : ainsi, en présence du baragouin des simulateurs, nous devons dire qu'il ne s'agit pas là des symptômes de l'aliénation mentale. Les débats relèvent du magistrat.

M. Edel. Je rappellerai le procès Zœmisch qui a eu un certain retentissement il y a environ deux ans. Huit spécialistes ont été commis. Ceux qui tenaient l'accusée pour aliénée, ont demandé si elle était capable de soutenir les débats, c'est-à-dire si l'on pouvait discuter avec elle comme avec toute accusée. Six d'entre eux ont déclaré que oui ; un seul de ceux-là a limité cette possibilité à un moment des débats. Deux autres, dont moi, soutinrent que non parce que c'était une aliénée.

M. Wendt. Il faut se borner à expliquer l'état mental en détail.

M. Hans-Lœhr. *Un cas de tumeur cérébrale.* — Une femme de vingt-huit ans, jusque-là bien portante est, depuis le mois de mai 1884, en proie à des accès de céphalalgie et de rachialgie avec vomissements et lassitude durant un jour et se reproduisant à plusieurs semaines d'intervalle. Elle accuse une étude immodérée de la musique : cinq à six heures par jour. En juin 1884, suspension des règles qui ne reparaissent qu'en octobre. Les céphalalgies se sont établies graduellement ; la nutrition a décru. Pendant l'été de 1885, assez fréquemment, vertiges avec battements de cœur, et flammes devant les yeux pendant une minute, remplaçant les céphalalgies. Garde-robes paresseuses, appétit faible, oppression stomacale une heure après les repas. Du 30 octobre 1875, au 10 mai 1886, voici ce que l'on constate : nutrition lamentable, muqueuses anémiées. globes de l'œil un peu proéminents ; égalité des pupilles réagissant bien. Aucune autre anomalie somatique, si ce n'est un pouls accéléré (90-100) ; rien au cœur, rien dans l'urine, grande apathie et indifférence psychiques, fatigue rapide, constantes céphalalgies d'une intensité variable, grande lassitude ; inappétence, puis appétit normal. Tous les deux jours, puis plus souvent et plusieurs fois par jour, perte de connaissance avec pâleur, ronflement, affaissement, sans convulsions ; durée quelques minutes ; puis, plus rien, si ce n'est pendant quelque temps, douleurs au sommet de la tête et à la nuque. Depuis, repos au lit : les syncopes deviennent rares, et ne se produisent qu'en allant aux lieux d'aisances. En novembre, troubles de la vue (perte soudaine de la vue toute passagère), mais non à la suite des pertes de connaissance. En décembre, cécité définitive de l'œil droit ; à gauche demi-acuité avec rétrécissement concentrique du champ visuel ; rétinite :

les deux papilles gris rougeâtres, un peu floues et légèrement tuméfiées sans altération de volume des vaisseaux ; plaques blanchâtres plus ou moins volumineuses sur la rétine, surtout à droite, avec de petites hémorrhagies extrêmement nombreuses ; en un mot, aspect de la rétinite albuminurique. Au milieu de janvier, neuro-rétinte avec papille étranglée. Puis, des deux côtés, développement graduel d'une atrophie du nerf optique, avec cécité absolue, inertie de la pupille à la lumière de même que pour les besoins de la convergence. Aucun trouble de la motililé ; force égale des deux côtés ; intégrité partout de la sensibilité tactile, thermique, douloureuse ainsi que du sens musculaire ; conservation de la sensibilité à la pression sur tout le cuir chevelu, le front, le long de la colonne cervicale et dorsale supérieure, à la région latérale du cou. Intégrité de l'odorat, de l'ouïe, du goût, des réflexes tendineux et cutanés. En décembre, sentiment de paralysie des extrémités droites sans aucune anomalie objective ; sensation constante de chaleur anormale ; aucune modification de la température somatique. Dans les derniers jours de janvier jusqu'au 2 février, augmentation considérable des céphalalgies, sensibilité de la région temporale gauche à la percussion, douleurs uniformes dans les régions frontale et occipitale. Assez souvent douleurs dans la jambe droite, pendant quelques minutes, depuis les orteils jusqu'à la hanche ; augmentation des réflexes tendineux ; le clonus podalique existe des deux côtés, le réflexe plantaire est plus fort à droite, l'excitabilité faradique plus prononcée à droite aussi ; un peu d'hébétude, mais bonne humeur, rires souvent sans motifs plausibles, réponses lentes. Le 2 février au matin, pertes de connaissance courtes pendant deux heures, en même temps, rougeur de la face, forte céphalalgie initiale ; l'accès est suivi de violentes douleurs occipitales et à la nuque. Les jours suivants, accès de forte céphalalgie et de douleurs dans la jambe droite, accompagnés d'accélération du pouls pendant quelques minutes (90 à 100). Le 8 février, la malade s'habille pour la première fois depuis quelques semaines ; elle tombe alors soudain à terre, sa tête se fléchit en arrière ; les yeux sont fixes, immobiles, largement ouverts, les pupilles sont normales ; des deux côtés, le corps est raide et les membres inflexibles ; pas de convulsions ; ronflement ; P., 80 ; rien à la face ; dix minutes après, raideur persistante, fortes convulsions du corps entier mais, surtout des extrémités (chaudes) durant une demi-heure, puis la connaissance reparaît, les céphalalgies s'évanouissent, l'humeur est gaie. Réapparition les jours suivants, des mêmes accès de courte durée, suivis à plusieurs reprises de douleurs dans la jambe droite. Il arrive assez souvent qu'après le retour de la connaissance, la malade mange, mais plusieurs fois aussi elle vomit. Pendant les accès, pas de vomissements. Le 18 février, hypertrophie modérée de la glande thyroïde, indolore du reste ;

bruit systolique indistinct ; P., 100. Les autres jours, apathie, peu d'appétit, répétition des accès sus-décrits. Le 21, assouplissement durant presque tout le jour ; humeur gaie, pleine d'espoir ; elle vomit le soir ; la nuit, céphalalgies. Les jours suivants, règles ; gaîté ; bon appétit sans accidents. Les 27 et 28, six accès de perte de connaissance de dix minutes avec ronflement et légères plaintes. Ces accès sont fréquemment suivis de violents tremblements, surtout dans les bras ; toujours douleurs dans la jambe droite, quelquefois nausées. Dans l'intervalle, grande somnolence, mais humeur amicale. Pas d'élévation de température après les accès. P., 90. Jusqu'au 10 mars, mêmes accès, souvent plusieurs par jour d'intensité variable ; souvent aussi la connaissance ne disparaît pas complètement, mais la patiente gémit, se prend la tête dans les mains, répond quelques mots aux questions qu'on lui adresse ; on constate aussi des tremblements nerveux sans raideur. Dans l'intervalle des accès, fortes douleurs céphaliques, douleurs violentes à la nuque et dans les jambes ; parfois aussi vertiges ; il lui semble qu'elle tombe ou que son lit est obliquement soulevé. Le 12 mars, agitation, rigidité, perte de connaissance avec cri perçant, les yeux largement ouverts et tournés à gauche ; P., 50 ; sept minutes de gémissements, puis retour de la connaissance, fortes douleurs dans la jambe droite, mais la malade n'est pas tout à fait en pleine possession d'elle-même, elle parle à tort et à travers ; elle prend du laitage. Le soir, la connaissance s'efface à nouveau ; raideur, difficulté de mouvoir la jambe et le bras droits. Emission mécanique de mots ; une demi-heure plus tard, tremblement dans les extrémités, surtout à droite, moindre résistance à l'égard des mouvements qu'on veut leur imposer ; la malade s'étire, remue les bras, rit, grimace, répète un tas de mots, ne répond pas, mais dit tout à coup : « Ne vous tourmentez pas » ; un sommeil paisible met graduellement fin à la crise. Les jours suivants sorte d'assoupissement; P., 90 à 100 ; plusieurs attaques de longueurs diverses ; démarche incertaine et chancelante; exagération des réflexes tendineux ; aucune anomalie de la motilité ni de la sensibilité; à plusieurs reprises nausées ; tuméfaction très notable de la thyroïde. L'hypertrophie porte uniformément sur les deux lobes latéraux de la glande qui gagnent le bord des sterno-cléido-mastoïdiens, mais l'organe lui-même est demeuré mou, indolore, même à la pression ; on y perçoit un bruit systolique très net, un peu soufflant. Rien du côté du cœur. P., 90-100. Dans la seconde moitié de mars, les accès sont plus faibles ; souvent au milieu d'un discours ou en mangeant elle s'affaisse brusquement, puis revient à elle et continue à parler ou à manger, croyant avoir dormi ; légers tremblements convulsifs dans les deux épaules et ralentissement du pouls (54). Diminution des accès, des douleurs, bon appétit, bonne humeur; chants et rires, elle se lève pour faire sa toilette et prendre ses repas ; la

thyroïde diminue de volume. En avril, les attaques syncopales diminuent de nombre et de longueur. Le 10 tremblement par tout le corps; pouls lent et irrégulier ; immédiatement après, vomissements. Depuis, l'appétit est mauvais ; des douleurs se font sentir partout, surtout dans la jambe droite devenue sensible à la pression même légère. La malade dort beaucoup, mais son sommeil est agité ; elle parle beaucoup pendant son sommeil, tandis qu'elle demeure des journées entières hébétée et sensible au moindre bruit ; elle vomit assez souvent. Au début de mai, nouvelle amélioration ; on ne constate ni accès, ni vomissements ; bon appétit, humeur gaie, rarement un peu excitée ; affaiblissement psychique ; nulle part d'anesthésie ; force égale des deux côtés ; réflexes tendineux, phénomène du genou et phénomène du pied vigoureux. Crâne également douloureux à la pression et à la percussion des deux côtés ; rien du côté des urines. Goître peu volumineux. P., 90-100. Nutrition générale sensiblement améliorée ; de novembre à février, la malade a gagné 13 livres ; de février en mai, elle a gagné 3 livres ; régularité des époques mensuelles. Elle regagne son pays, la Finlande, le 10 mai. On a utilisé comme traitement : le repos physique et psychique, l'administration de KI jusqu'à la dose de 3 gr. 50, des compresses froides autour de la tête ; la galvanisation du grand sympathique à l'aide de faibles courants lui avait occasionné un accès syncopal. — *Diagnostic :* C'est une tumeur cérébrale car on a constaté des céphalalgies, des attaques épileptoïdes, des troubles d'épilepsie larvée, de l'hébétude, de l'affaissement, enfin des accidents caractérisques dans le fonds de l'œil. Cette tumeur devait siéger à gauche, car les phénomènes enregistrés portaient surtout sur la moitié droite du corps, tandis que la moitié gauche du crâne témoigna à plusieurs reprises d'une exagération de la sensibilité. Cette tumeur n'occupait pas la base puisque les nerfs craniens étaient restés intacts ; par conséquent, elle résidait dans l'hémisphère cérébral gauche. La nature en est inconnue ; la malade n'était certainement ni tuberculeuse, ni syphilitique. Mais, ce qui est singulier et ce qui donne à l'observation un relief particulier, ce sont les symptômes de *maladie de Basedow* (légère exophtalmie, fréquence du pouls, goître hypérémique vasculaire non solide avec souffle) qui se produisent en même temps que les accès ou plutôt en même temps que les accès accompagnés d'hypérémie céphalique, et disparaissent quand revient le calme, ce qui permettrait de se rendre compte de leur genèse, étant donné les connexions entre les vaisseaux de l'encéphale et ceux du corps thyroïde. Quant à savoir si ces symptômes sont une complication ou dépendent de la tumeur cérébrale, on ne saurait en décider encore. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLIII, 4-5.)

P. KERAVAL.

XXe CONGRÈS DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ DES ALIÉNISTES DE LA BASSE-SAXE ET DE WESTPHALIE

SESSION DE HANOVRE. — *Séance du 1er Mai 1886.*

M. SNELL est choisi comme président. Secrétaire : M. TANNEN.

M. SNELL. *Du mutisme chez les aliénés.* — La perte de la parole, abstraction faite de l'aphasie, est un accident assez fréquent chez les aliénés; on la rencontre dans l'idiotie, dans la démence secondaire, dans la mélancolie, dans la folie systématique. Les idiots ne parlent pas, parce que leur développement intellectuel ne se plie pas à l'apprentissage de la parole ou ne se prête qu'à un apprentissage rudimentaire. Les déments à la suite de mélancolie sont plus souvent muets que les déments à la suite de manie ou les déments primitifs. Le mutisme des déments est toujours associé à une obtusion psychique très prononcée qui cependant n'empêche pas les occupations mécaniques de ces malheureux. C'est à la même catégorie de faits qu'appartient le mutisme de maints paralytiques généraux arrivés au dernier stade de leur maladie. Le mutisme du mélancolique relève du grand domaine des états cataleptoïdes, de la stupeur, toute stupeur notable s'accompagnant de mutisme. La stupeur, comme l'on sait, peut durer assez longtemps, mais il n'est pas rare qu'elle soit suivie de complète guérison et alors voici ce que raconte l'individu guéri : il éprouvait pendant son mutisme comme une sensation d'arrêt des opérations intellectuelles, un vide psychique, ou bien obéissait à des hallucinations très vives, voire à des conceptions délirantes. Tel malade, par exemple, assiste à des combats qui se livrent autour de lui, tel autre reçoit un ordre qui lui enjoint de ne prononcer aucune parole, de tenir les yeux si fixement fermés que les bords palpébraux s'enflamment. Ceci peut avoir lieu pendant le stade mélancolique de la folie circulaire.

Une malade observée par l'auteur était pendant des mois en proie à un stade d'agitation maniaque excessivement violent, proférant sans cesse des propos incohérents; durant ce stade d'exaltation, l'amaigrissement était considérable, puis survenait un stade de dépression se prolongeant aussi des mois pendant lequel, absolument muette, elle récupérait promptement son embonpoint. Le mutisme est beaucoup plus rare dans les délires sys-

tématiques de la mélancolie. L'auteur rappelle l'histoire de ce malade trouvé près d'Hildesheim[1], sur lequel on ne put découvrir aucune espèce de renseignement, qui séjourna huit ans à l'asile sans prononcer un mot ni un son articulé, s'occupant, travaillant, ne manifestant aucun désordre dans les actes : de temps à autre un léger sourire, de petits mouvements des lèvres indiquaient des hallucinations, mais on n'en pouvait tirer aucun son. Il est probable qu'il était sous l'empire d'hallucinations. A Hildesheim encore, est un aliéné qui depuis neuf ans ne parle pas : âge quarante-deux ans; aucune tare héréditaire; c'est un agriculteur marié et père de trois enfants, adonné à la boisson; à la suite de courtes attaques de perturbation psychique, il demeurait sous le coup d'une aliénation chronique pendant l'été de 1876, et dès lors, calme, fermé, misanthrope, il essayait deux fois de se suicider. Le 10 avril 1877, on l'amenait à l'asile; les premiers jours, il parlait encore peu, demandait à s'en retourner chez lui, mais depuis il est resté muet. Après quelque dépression, il est devenu gai, bon travailleur, intelligent, écoutant et exécutant sensément ce qu'on lui dit, pratiquant avec beaucoup d'assurance et d'attention le jeu de cartes, mais n'y jouant que par signes. Sa femme est venue le voir une fois; il ne lui a pas adressé la parole et s'en est détourné. Il est indubitable que ce sont des idées délirantes qui sont le moteur de ce mutisme. Bien des faits semblables sont connus de l'orateur, mais il n'a jamais réussi à trouver le genre des idées délirantes parce que les malades de cette catégorie restent d'ordinaire malades jusqu'à la fin de leur vie.

Bien des fois on constate chez les délirants chroniques un mutisme périodique. Deux exemples en ce moment à Hildesheim. — I. Homme de trente-sept ans de l'est de la Prusse, incendiaire en 1880, qui est devenu fou au bagne après avoir subi six à huit mois de cette peine (idées délirantes religieuses). Amené à Hildesheim en février 1881, il déclare qu'il est un nouveau Messie envoyé par Dieu pour réformer, convertir, punir les méchants. En même temps, idées d'empoisonnement. Hallucinations de l'ouïe et de la vue. Un refus de nourriture pendant trois jours; le Christ a bien jeûné pendant quarante jours. Il reste de six à huit jours sans parler; et s'exprime alors par signes : c'est un ordre de Dieu.—II. Homme de trente ans, dans les premiers mois de 1884, idées de persécution avec hallucinations sensorielles. « On l'insulte, on le tourmente avec l'électricité et le magnétisme », il s'est tiré, sans se blesser dangereusement, un coup de révolver dans la poitrine, et prétend que c'est l'électricité qui s'est déchargée sur lui. Depuis le mois d'août, systématisation délirante très mobile, portant cependant toujours au fond sur les

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, séances antérieures.

tracasseries surnaturelles de ses ennemis. Mutisme périodique ayant commencé l'année précédente par des accès de quelques jours; puis le mutisme a duré plusieurs semaines et a fini par se prolonger plusieurs mois. Il refuse d'expliquer les raisons de ce mutisme. Comme ses allures sont commandées par des hallucinations, il est indubitable que son mutisme aussi dépend d'hallucinations.

Conclusions : le mutisme (il n'est pas question ici d'aphasie) dépend : 1° d'un affaiblissement congénital ou acquis des facultés intellectuels ; 2° d'une paralysie de la volonté (mélancolie) ; 3° d'idées délirantes imposant aux malades le silence.

Discussion. — M. Hesse. A vu une malade demeurer sept ans sans parler, puis elle a récupéré la parole pendant trois mois, enfin elle est redevenue muette. — M. Scholz. A vu à l'asile de Brême deux malades ne pas parler; l'un depuis trois ans, l'autre depuis un an. — M. Engelken. Un de ses malades ne parle pas depuis quinze ans ; mais il joue comme tout le monde aux cartes et aux échecs. — MM. Scholz et Snell. Certains individus ne parlent pas afin de simuler.

M. Otto Snell. — *De la coloration des cellules de l'écorce du cerveau à l'aide des couleurs d'aniline.* — Présentation simultanée de pièces. Le traitement consiste : 1° à durcir dans l'alcool ; 2° à effectuer les coupes ; 3° à les faire passer dans une solution aqueuse d'aniline ; 4° à décolorer à l'aide d'alcool et d'essence de girofles ; 5° à monter dans le baume du Canada. On emploie principalement le rouge Magenta de G.-A. Hesterberg, de Berlin, et de G. Grübler, de Leipzig ; le brun Bismarck, la vésuvine, le dahlia. Les écorces cérébrales de divers animaux et celles du même animal à divers âges de son développement exigent diverses substances colorantes. L'écorce cérébrale de l'homme adulte est magnifiquement colorée par le rouge Magenta; celle du nouveau-né donne de plus belles préparations au brun Bismarck qu'au rouge Magenta. La vésuvine agit presque comme le brun Bismarck. On laisse les coupes vingt-quatre heures ou davantage dans la solution aqueuse d'aniline, ou, si l'on veut une coloration rapide, on les chauffe jusqu'à ce qu'il se produise des vapeurs. L'alcool décolore; les cellules restent seules colorées et font relief sur un fond incolore. L'essence de girofles complète l'élection. Après avoir chassé l'essence de girofles par la benzine ou le chloroforme, la coupe est incluse dans le baume du Canada. Si l'on ajoute le baume à la coupe prise dans l'essence sans avoir préalablement fait agir la benzine ou le chloroforme, il se produit un précipité coloré. Il est nécessaire de comparer chaque préparation pathologique à une préparation normale, colorée de même manière et empruntée à des endroits identiques du cerveau.

Dans ce but, l'auteur cherche dans le cerveau normal et dans le cerveau pathologique à étudier deux places se correspondant exactement. Il coupe deux disques de quelques millimètres d'épaisseur, de sorte que ces deux disques coupés dans le même sens, représentent la même partie de la même circonvolution. L'un des disques est marqué pour que l'on reconnaisse l'organe dont il provient par une entaille à la lisière de la substance blanche. Tous deux sont traités à la celloïdine, placés côte à côte sur le bouchon du microtome et orientés comme ils étaient orientés dans le cerveau. Le tout est arrosé de celloïdine et porté dans l'alcool à 80 p. 100. En exécutant des coupes sur cette préparation, on obtient des disques de celloïdine qui chacun contiennent des coupes des deux cerveaux différents se correspondant exactement. On les traite alors par la méthode de Nissl. L'essence de girofle dissolvant la celloïdine sera remplacée par l'essence de bergamotte qui est en même temps moins colorée par les couleurs d'aniline, de sorte qu'elle demeure utilisable pendant un plus long temps et permet de se passer de benzine ou de chloroforme avant l'inclusion dans le baume. L'alcool absolu attaque aussi la celloïdine; on emploiera donc l'alcool étendu, et seulement en dernier lieu et pendant très peu de temps l'alcool absolu, ou bien on placera les coupes dans la situation qu'elles doivent conserver plus tard sur le porte-objet et avant de les mettre en contact avec l'alcool absolu.

Sans doute il n'est pas facile de posséder des cerveaux normaux, car ceux des gens qui viennent de se suicider et de personnes mortes de maladies ne peuvent être tenus pour normaux. L'orateur présente, par comparaison avec un cerveau pathologique, un cerveau provenant d'un homme sain d'esprit et de corps, âgé de trente-six ans, mort d'un coup de couteau qui lui avait traversé le péricarde, l'artère pulmonaire, l'aorte ascendante. Aucune autre anomalie à l'autopsie faite vingt-sept heures après la mort. Le cerveau avait été recueilli dans de la ouate imbibée d'alcool et mis dans l'alcool quelques heures plus tard.

Sur l'invitation du président, M. Hesse fait une petite communication en quelques mots sur le développement ultérieur *des soins donnés aux aliénés dans les familles à Ilten* [1]. Maintenant quatre-vingt-quatre aliénés sont traités dans des familles soit à Ilten même, soit dans les villages environnants. Jusqu'à présent, on n'a confié aux familles que des hommes aliénés et pas plus de deux par famille. Chaque nourricier reçoit annuellement 270 marks (337 fr. 50) par malade. On a grand soin de choisir les malades

[1] Sujet maintes fois exposé dans les *Archives de Neurologie*, aux analyses de la Société, aux revues bibliographiques, à l'étude des rapports médico-administratifs. P. K.

qui conviennent aux familles. Jusqu'ici les expériences faites sur ce terrain sont demeurées extrêmement favorables. On a constamment observé que des malades dont l'intelligence est émoussée qui ne participent pas à la vie extérieure sont avantageusement modifiés par ce système et prennent de plus en plus part aux travaux agricoles de leurs nourriciers.

Discussion. — MM. Scholz et Engelken. A Oberneuland, près Brême[1], on traite de cette manière quatre-vingt-dix malades, aussi bien des femmes que des hommes. Suivant le travail que fournissent les malades, on donne aux nourriciers de 4 à 28 marks (5 fr. à 35 fr.) par mois. Ceux des malades à qui ce traitement ne convient pas sont ramenés dans l'asile fermé. Ici aussi les expériences paraissent favorables quant à l'action des soins de famille sur les malades. — La prochaine séance aura lieu le 2 mai 1887 à Hanovre, hôtel Kasten. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XLIII, 4-5.)

P. Keraval.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES RUSSES A MOSCOU

(*Suite et fin*[1].)

XV. M. Boutzké a lu sa communication « *sur la législation de l'assistance des aliénés* ». Notons quelques propositions relatives au placement des malades : la famille a le droit de soigner un parent aliéné comme bon lui semble à condition que le traitement soit dirigé par un médecin spécialiste ; dans le cas contraire, l'intervention de la police est nécessaire. De même, l'administration doit intervenir pour un aliéné placé dans une maison de santé particulière si sa maladie prend une marche défavorable d'où il pourrait résulter un danger quelconque pour lui-même ou pour son entourage. Le placement des malades dans les établissements publics doit s'opérer par les directeurs de ceux-ci, sous leur propre responsabilité. Une simple demande des parents ou du malade lui-même doit être suffisante pour l'admission. Le directeur de l'établissement doit avoir le droit de rejeter toute demande de placement mal fondée, même lorsqu'elle est adressée par une autorité officielle. Toute personne honorable ou fonctionnaire de l'État peut, sans mandat spécial, contrôler toutes les

[1] Voy. les *Archives de Neurologie*, Sociétés, analyses, varia, notamment le rapport de M. Lœhr publié dans le tome XII.

affaires d'un établissement psychiatrique. La liberté absolue doit être accordée aux parents qui désirent l'élargissement de leur membre de famille interné dans une maison de santé publique ou privée.

XVI. La communication suivante traitant « *de la situation des aliénés en Sibérie* » est intéressante par l'étiologie du développement progressif des maladies mentales dans ce pays. Pour l'auteur de ce travail, M. Briantzoff, ce triste envahissement serait dû tout d'abord à ce que ce pays présente une sorte de cloaque dans laquelle la Russie européenne rejette tout ce qu'elle possède d'inutile, de criminel et de psychopathique. Mais à côté de cette cause, assez fondée du reste, il faut compter avec l'alcool dont la consommation dans le gouvernement d'Irkoutsk, par exemple, a pris des proportions gigantesques, car par an et par chaque habitant, y compris les enfants en nourrice, les femmes et les vieillards, on est surpris d'arriver à une moyenne de 18 litres de *vodka* (eau-de-vie), et dans la ville même d'Irkoutsk, on compte un marchand de cette boisson sur 241 habitants. L'auteur note encore comme cause du développement des psychoses le crétinisme qu'on rencontre sur les bords du fleuve Léna et sur ceux de l'Ouda.

XVII. M. Korsakoff a lu sa communication « *sur le no-restraint* ». Dans un historique succinct de la question, l'auteur a démontré que ce principe dont la première application a été faite en France par Pinel s'est prononcé dans son développement ultérieur par la disparition de la coercition sous toutes ses formes dans le traitement des maladies mentales et est allé même jusqu'au « *open door system* ». L'utilité du système *no-restraint* est incontestable dans les maisons de santé d'un nombre normal de malades, présentant des conditions matérielles suffisantes et une surveillance médicale très active. Dans le cas contraire (et ce cas est malheureusement celui qui se présente le plus souvent), il n'y a pas moyen de se passer de la camisole, mais il est de toute nécessité que celle-ci soit mise d'après l'ordonnance du médecin lui-même et que la cause de cette mesure coercitive avec la durée de l'application soit inscrite dans un livre spécial. En réponse à cette communication, M. Ragosine a fait remarquer qu'il est difficile d'exiger du personnel un dévouement en rapport avec ce système.

Etant données les conditions matérielles très peu lucratives dans lesquelles l'administration tient ses employés, il faudrait tout d'abord améliorer autant que possible leur situation. M. Rosenbach a raconté qu'il a vu lui-même l'emploi de la camisole dans les meilleures maisons d'aliénés d'Angleterre, ce pays classique du « *no-restraint* » de même qu'à la « Charité » de Berlin et dans beaucoup d'autres cliniques européennes. La camisole, a dit cet orateur, doit-être considérée comme un moyen curatif, et les mé-

decins les plus humains l'emploient sans craindre d'être accusés de dureté. Beaucoup d'autres spécialistes out émis leurs opinions sur cette question délicate, et presque tous ont affirmé que dans chaque établissement d'aliénés, il existe assez souvent des moments où la camisole est absolument nécessaire dans l'intérêt des malades eux-mêmes (tendance au suicide, onanisme, affections chirurgicales, etc.).

XVIII. M. Botkin a démontré dans son rapport « *sur la loi des aliénés en Russie* » les côtés faibles de la législation et a attiré l'attention du congrès principalement sur les mots vagues « folie » et « démence » par lesquels la loi désigne toutes les formes de l'aliénation mentale.

XIX. M. Levenstein dans son rapport « *à propos des quelques articles de la législation russe sur les aliénés* » se plaint de l'insuffisance du système d'examen médico-légal exigé par la loi.

XX. La communication de M. Tscheschott traite la même question d'examen des aliénés au point de vue de la tutelle.

Le Congrès nomme une commission composée de MM. Botkin, Boutzké, Korsakoff, Litvinoff et Konstantinowsky pour étudier cette question de législation et présenter les conclusions au prochain Congrès.

XXI. Dans une monographie sur le même sujet, M. Konstantinowsky expose l'histoire complète de la législation russe sur les aliénés et adresse ensuite une critique sérieuse à la loi actuelle. Parmi les conclusions de l'auteur, nous noterons les deux suivantes. Il insiste sur la nécessité de faire disparaître les maisons d'aliénés particulières voyant dans leur existence une source d'un grand nombre d'injustices qui peuvent se commettre. Ensuite il exige que le placement des aliénés se fasse sous un double contrôle actif : celui du parquet et celui de médecins.

Cette dernière proposition mise aux voix a obtenu du Congrès un accueil complètement défavorable. Le Congrès estime que l'examen médical seul est complètement suffisant.

XXII. M. Roté communique ses « *données historiques et statistiques sur les aliénés en Pologne* ». L'assistance des aliénés en Pologne doit être étudiée à trois périodes bien distinctes. La première antérieure à l'année 1650, époque à laquelle les religieux de l'ordre de St-Jean sont arrivés en Pologne; la deuxième de 1650 à 1840, année de la publication de la loi sur l'assistance des aliénés; la troisième période est celle de 1840 jusqu'à nos jours. Dans la période la plus ancienne, la situation des aliénés en Pologne était à peu près la même et aussi défectueuse que dans les autres pays de l'Europe. Au XVIe siècle on trouve en Pologne un secours organisé pour la première fois au profit des aliénés par les frères de l'ordre de St-Jean qui ont construit en 1650 une mai-

son d'aliénés à Varsovie. Plus tard, ces religieux ont fondé des maisons semblables à Lublin, à Krakow et dans d'autres villes encore. L'auteur possède entre les mains, des documents indiquant que les religieux ont commis un grand nombre d'abus et d'injustices dans la direction des établissements d'aliénés. Depuis 1840, la situation en Pologne est réglée comme pour toute la Russie par la « loi sur les aliénés ». Quant aux données statistiques on n'est pas encore arrivé à connaître le nombre exact d'aliénés en Pologne. L'auteur croit que ce nombre s'élève approximativement à 7,500. Leur situation actuelle est éminemment triste, car tous les hospices d'aliénés de ce pays annexé possèdent dans leur ensemble 535 places de façon que sur 14 aliénés qui se promènent en liberté, un seul peut être interné.

XXIII. Mme Tarnovskaia a communiqué au Congrès son étude « *sur la prostitution professionnelle dans ses rapports avec les maladies nerveuses et mentales* ». La doctoresse a fait des recherches anthropométriques d'une part sur 50 prostituées qui n'étaient pas depuis moins de deux à trois ans dans les maisons de tolérance et d'autre part sur 50 paysannes d'origine russe à peu près du même âge, du même développement intellectuel, etc... Il résulte de ces recherches que les prostituées d'habitude présentent une diminution d'un demi-centimètre dans le chiffre des diamètres principaux du crâne antéro-postérieur et transversal maximum comparativement au chiffre moyen des mêmes diamètres chez les paysannes, que les signes physiques de dégénérescence, tels que l'irrégularité du crâne, l'asymétrie de la face, l'anomalie de la voûte palatine, des dents, des oreilles, etc., se rencontrent chez elles en raison de 84 p. 100, que les antécédents héréditaires de ces femmes abondent de conditions favorables pour une marche anormale du développement et même pour son arrêt complet, car dans la grande majorité des cas (82 p. 100) les parents des prostituées ont été reconnus alcooliques. Ces conclusions permettent de croire que ces prostituées doivent donner le contingent le plus grand des personnes prédisposées aux maladies nerveuses et mentales, et cependant, dans aucun pays il n'existe de travaux spéciaux, ni de données statistiques relatifs au nombre de prostituées entrant annuellement dans les maisons d'aliénés. Mme Tarnovskaia fait en conséquence une proposition tendant à faire entrer dans les travaux du Congrès la question de la prostitution et de son importance dans l'étiologie des maladies nerveuses et mentales. La proposition est approuvée par acclamation.

XXIV. Ensuite M. Kandinsky communique « *la classification des maladies mentales* » élaborée par la Société des psychiâtres russes de St-Pétersbourg que nous tâcherons de reproduire textuellement: 1° mélancolie ; — 2° manie ; — 3° folie primitive : *a*) aiguë,

— *b)* chronique ; — 4° démence : — *a)* à la suite de mélancolie, — *b)* à la suite de lésions du cerveau, — *c)* sénile ; — 5° paralysie générale progressive ; — 6° folie hystérique ; — 7° folie épileptique ; — folie périodique ou circulaire ; — 9° délire aigu des alcooliques (delirium tremens potatorum) ; — 10° délire aigu (delirium acutum) ; — 11° imbécillité ; — 12° idiotie et crétinisme ; — 13° cas particuliers qui n'entrent dans aucunes des formes précédentes, tels que morphinisme, etc.

Le Congrès, après des débats peu prolongés, a résolu d'accepter jusqu'à nouvel ordre cette classification qui doit servir à tous les aliénistes russes pour guide dans l'appréciation et la comparaison des différentes données relatives aux maisons d'aliénés de Russie.

XXV. M. Ragosine a présenté un schéma des tableaux synoptiques devant servir pour l'inscription de tous les renseignements médicaux, économiques et administratifs qui peuvent présenter un intérêt quelconque pour l'appréciation du fonctionnement d'une maison d'aliénés.

XXVI. M. Greidenberg a proposé de sa part un autre schéma remplissant le même but. Une commission a été nommée (MM. Boutzké, Greidenberg, Litvinoff, Steinberg, Ragosine et Maltzeff) pour étudier cette question et élaborer un schéma définitif pour le prochain Congrès.

La dernière séance du Congrès a été consacrée uniquement aux communications concernant les questions scientifiques de la psychiatrie.

XXVII. M. Rosché lit son étude « *sur l'abus des boissons alcooliques en Pologne comparativement aux autres pays* ». Au cours des dix dernières années on observe une diminution notable dans la consommation de l'alcool en même temps qu'une augmentation dans celle de la bière. Dans les pays de l'Europe qui se trouvent dans les mêmes conditions géographiques et climatériques que la Pologne, chaque habitant consomme en une année 5 lit. 88 d'alcool en moyenne, tandis qu'en Pologne, cette quantité moyenne n'est que de 4 lit. 36. Parmi les aliénés qu'on admet dans les maisons de santé de Varsovie, l'alcoolisme est constaté chez 14,1 p. 100.

XXVIII. M. Soukatscheff rapporte ses recherches « *sur la conservation des forces appliquées à l'interprétation des phénomènes psychiques* ». Il conclut que les phénomènes psychiques ne sont que des mouvements du protoplasma subordonnés à cette loi générale du mouvement dans la nature : un mouvement partiel se transforme en mouvement de masse et réciproquement. En se fondant sur cette loi il devient possible d'expliquer d'une façon schématique comment les phénomènes psychiques résultent du mouvement

du protoplasma des tissus nerveux et musculaire. Pour l'auteur, les phénomènes psychiques ne peuvent avoir lieu dans le tissu nerveux sans que le tissu musculaire y prenne part en même temps.

XXIX. M. Steinberg lit son étude « *sur la mémoire* ». La mémoire, dit l'auteur est une fonction de la cellule nerveuse centrale sur la voie de l'arc réflexe. De cette définition — découle l'application de toutes les propriétés des éléments nerveux à l'étude des lois de la mémoire. Les fonctions préparatoires de la mémoire, telles que la faculté de savoir, d'apercevoir, etc., sont soumises aux simples lois physiologiques d'excitabilité et de conductibilité des éléments nerveux-cellules et fibres.

XXX. M. Sikorsky a fait une communication « *sur la mimique comme élément de diagnostic de l'aliénation mentale* ». La comparaison des photographies d'une personne à l'état de santé et de maladie peut donner des indications positives relativement à la nature et à la période de la maladie. On peut tirer de cette étude comparative des signes d'une réelle valeur pour caractériser certaines formes de la folie telles que la mélancolie avec stupeur; la manie, la dégénérescence psychique, etc.

XXXI. M. Victoroff lit ensuite son étude « *sur la personnalité considérée comme un organisme nerveux et psychique* ».

XXXII. La dernière lecture a été faite par M. Maliarewski « *sur l'éducation et la protection des enfants arriérés* ». La cause principale de la dégénérescence sociale c'est l'hérédité pathologique. Pour remédier à la funeste importance de celle-ci il est nécessaire d'instituer des maisons médico-pédagogiques spéciales. L'auteur est le premier en Russie qui a fondé un pareil établissement à St-Pétersbourg fonctionnant depuis plusieurs années. Un rôle prépondérant dans l'éducation est donné aux travaux physiques. La clôture du Congrès a eu lieu le 11 janvier. J. Roubinovitch.

BIBLIOGRAPHIE

II. *De l'apoplexie hystérique;* par Ch. Achard.
(Th., Paris, 1887.)

Dans ce travail inspiré par M. Debove, l'auteur étudie une manifestation de l'hystérie qui, jusque dans ces derniers temps,

n'avait pas été mise en évidence, bien qu'elle eût été rencontrée déjà par divers observateurs. L'hémiplégie hystérique, dont le début est parfois subit, peut dans certains cas succéder à une attaque franchement apoplectique. Cette dernière entraîne alors une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle qui est le phénomène fondamental et qui présente tous les caractères de l'hémi-anesthésie hystérique, notamment la curabilité par les agents œsthésiogènes. Il importe, tant au point de vue du pronostic que du traitement, de connaître l'existence de ces apoplexies et d'en faire le diagnostic. Tel est l'objet de la thèse de M. Achard.

Dans un premier chapitre sont rassemblés les faits d'apoplexie survenue chez des sujets manifestement hystériques. La nature névropathique des accidents est d'ailleurs démontrée, dans un certain nombre de ces faits, par leur curabilité au moyen des agents œsthésiogènes ou de la suggestion. Dans les autres cas, les signes de l'hystérie se montrent en toute évidence.

Une seconde série d'observations comprend des cas ressemblant à s'y méprendre aux accidents déterminés par des lésions cérébrales ; les sujets frappés n'offrent point à première vue les signes de l'hystérie et le diagnostic de l'apoplexie organique semble tout indiqué. Toutefois l'hémiplégie consécutive à ces apoplexies s'accompagne d'hémi-anesthésie cérébrale et les œsthésiogènes amènent la disparition de tous les troubles moteurs et sensitifs. Dès lors on est en droit de conclure à l'absence de lésion matérielle et à la nature hystérique des phénomènes. A l'appui d'une semblable conclusion est citée une autopsie de Vulpian qui permit de constater l'intégrité complète de l'encéphale. C'est l'hémi-anesthésie avec ses caractères qui, dans les cas de ce genre, a pour le diagnostic la plus grande valeur, car les autres symptômes feraient songer à une lésion, telle que l'hémorrhagie cérébrale. A ce propos nous devons signaler particulièrement les faits qu'on aurait pu rapporter à la syphilis cérébrale et dans lesquels l'application des œsthésiogènes, en l'absence de toute médication antisyphilitique, fit à la fois le diagnostic et le traitement.

Un troisième groupe de faits réunit les apoplexies de l'hystérie symptomatique, c'est-à-dire de l'hystérie qui survient dans le cours des intoxications : saturnine, mercurielle et alcoolique.

C'est le saturnisme qui, dans l'espèce, tient le premier rang parmi ces intoxications. Un certain nombre de cas sont mentionnés dans lesquels l'apoplexie et les accidents consécutifs offraient tous les attributs des phénomènes correspondants observés chez les hystériques vulgaires. Une autopsie négative de Boussi complète la ressemblance avec les faits précédemment examinés.

Après avoir passé en revue les différentes variétés de l'apoplexie hystérique, l'auteur consacre un dernier chapitre au

résumé des caractères qu'elle revêt et des accidents auxquels elle donne naissance. Toutes les formes de l'ictus apoplectique peuvent être réalisées par l'hystérie, depuis le simple étourdissement jusqu'à la grande attaque comateuse.

L'hémi-anesthésie est la règle ; l'hémiplégie peut s'accompagner de contracture d'hémi-chorée et aussi lorsqu'elle atteint le côté droit d'aphasie. La face est parfois déviée, et en pareil cas il y a lieu désormais d'examiner si cette déviation n'est pas due à l'hémi-spasme glosso-labié récemment décrit par M. le professeur Charcot. En somme, cette question de l'apoplexie hystérique offre, comme on a pu le voir, plusieurs côtés intéressants bien mis en évidence par M. Achard. Sans parler de l'existence et des caractères de l'attaque apoplectique ni des accidents qu'elle entraîne et qui forment le sujet principal de son travail, nous devons signaler, comme s'y rattachant d'une façon accessoire, plusieurs questions qui n'y ont été qu'effleurées: nous citerons par exemple l'utilité des agents œsthésiogènes en tant que moyen diagnostique et thérapeutique, la valeur de l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle dans le diagnostic de l'hystérie, l'influence des intoxications sur le développement de la névrose.

Paul Blocq.

III. *Des ophtalmies chez les aliénés;* par Ch. Couderc. (Th., Paris, 1887.)

De sept observations, la plupart incomplètes, M. Couderc conclut que chez certains aliénés chroniques, il se produit des ophtalmies au moment des accès d'agitation. Ces blépharo-conjonctivites disparaîtraient pour se reproduire lors d'un nouvel accès.

P. B.

IV. *Contribution à l'étude de la sclérose latérale amyotrophique (Maladie de Charcot)*; par M. Florand. (Th., Paris, 1887.)

La thèse de M. Florand, outre un exposé clair et précis de la sclérose latérale amyotrophique, telle qu'elle est aujourd'hui connue, grâce aux travaux de M. Charcot, offre aussi une étude fort intéressante des types moins complets de la maladie, des cas frustes en un mot. L'auteur a passé en revue l'historique, l'anatomie pathologique, les symptômes, l'étiologie, le diagnostic et le traitement. Après avoir rappelé que l'honneur de la découverte d'une atrophie musculaire spéciale revient à M. Charcot qui l'a séparée du groupe confus encore des atrophies musculaires, les observations publiées par M. Joffroy en 1869, la thèse de M. Gombault parue en 1877, enfin le remarquable travail inséré par MM. Charcot et Marie dans les *Archives de Neurologie*, en 1885,

M. Florand indique les auteurs qui ont ultérieurement étudié la sclérose latérale amyotrophique et cite particulièrement M. Déjerine, Vulpian, Kahler et Pick, Kojennikoff et Koth, Friedenreich Leyden, Seeligmuller, Erb. Strümpell.

A l'étude des lésions est annexé l'exposé succinct de l'anatomie normale du faisceau pyramidal qui permet de suivre fructueusement la description de ces lésions. Ces dernières consistent dans une sclérose du faisceau pyramidal avec atrophie des cellules de la substance grise des cornes antérieures. La sclérose succède à un travail inflammatoire comme le prouve l'existence de corps granuleux dans les points atteints; corps retrouvés par M. Marie dans l'écorce grise et la substance blanche des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, et de là, à travers le centre ovale, la capsule interne, le bulbe, jusque dans la substance blanche des faisceaux latéraux et la corne antérieure de la moelle. — La partie intéressante de cette étude anatomo-pathologique est la localisation possible des lésions sur tels ou tels points du faisceau pyramidal encéphalique, bulbaire ou médullaire, l'un d'eux pouvant, par exemple, être profondément désorganisé tandis que les autres sont encore presque indemnes.

De cette localisation exclusive résulte un groupement de symptômes bien fait pour égarer le clinicien qui n'admet le diagnostic que s'il trouve l'ensemble des symptômes classiques. M. Florand ayant surtout en vue la localisation bulbaire, fort de l'opinion autorisée de M. Charcot et de ses propres observations, prises au reste avec une rigueur scientifique remarquable, affirme l'identité de la paralysie labio-gloso-laryngée avec les symptômes bulbaires terminant souvent la scène dans la sclécose latérale amyotrophique. — L'analogie des symptômes corroborée par l'analogie des lésions impose l'obligation de ne plus voir dans la paralysie bulbaire une entité morbide distincte mais seulement une forme de la maladie de Charcot. — C'est ainsi que l'un des symptômes fondamentaux, paralysie, atrophie musculaire, contracture, pourra faire défaut. La contracture particulièrement manquera parfois en apparence au moins, car elle est toujours représentée par des phénomènes de même ordre qu'elle. Ainsi l'on pourra constater l'existence isolée dans les cas de ce genre, de troubles bulbaires, de la déglutition, de la phonation et enfin de la respiration et de la circulation, ces derniers déterminant la mort par asphyxie ou syncope, coïncidant avec l'exagération du réflexe masseterin, et si l'on voulait attendre le développement de troubles médullaires pour porter le diagnostic on risquerait d'être surpris par le dénouement fatal avant d'avoir pris une décision. — Le diagnostic facile quand tous les symptômes existent sera ardu dans les formes atténuées : le diagnostic différentiel devra

être fait d'avec l'hystérie, la sclérose en plaques, l'atrophie musculaire progressive myélopathique, la myopathie atrophique progressive de Laudouzy et Déjerine, le tabes dorsal spasmodique, la pachy-méningite cervicale hypertrophique. De toutes les causes, telles que traumatisme, froid, syphilis, la plus accréditée est l'hérédité qui serait vraiment déterminante. Les excès vénériens seraient aussi bien des effets que des causes. La sclérose latérale est un type de myélite parenchymateuse et systématisée. Son pronostic est des plus sombres.

Le traitement qui semble avoir le mieux réussi est le traitement révulsif; la médication interne, phosphure de zinc, nitrate d'argent, offre malheureusement bien peu de ressources. L'hydrothérapie et l'électricité sont absolument contre-indiquées lorsqu'on constate déjà une contracture commençante annoncée par des raideurs nocturnes des membres et de l'exagération des réflexes.

P. B.

V. *Contribution à l'étude de la descendance des alcooliques ;* par L. Grenier. Th., Paris, 1887.

L'auteur a recueilli un nombre considérable d'observations à l'appui de cette opinion déjà ancienne que l'alcool est un des agents les plus actifs de la dégénérescence des races. L'influence morbide des parents serait maxima quand la conception a lieu au moment de l'ivresse. Les descendants d'alcooliques de par la déchéance de leurs parents hériteraient tout d'abord une propension à commettre des excès et de plus s'intoxiqueraient plus facilement, mais encore contracteraient de ce fait une tendance aux névroses convulsives en particulier à l'épilepsie, et aux différentes formes de délire. Telles sont les principales données mises assez heureusement en évidence dans ce travail. P. B.

VI. *De quelques troubles cérébraux liés à la dilatation de l'estomac;* par H. Duchon-Doris. Th., Paris, 1887.

Beaucoup de troubles cérébraux sont sous la dépendance de la dilatation de l'estomac et le Pr Bouchard dans ses remarquables travaux sur cette affection avait déjà indiqué ces signes possibles de l'ectasie gastrique. L'auteur insiste surtout sur la mise en jeu chez des prédisposés des phénomènes nerveux par le développement de la gastropathie. Outre un état mental déprimé très fréquent et permanent, on voit survenir divers accidents intermittents: le vertige, les hallucinations, l'insomnie, les cauchemars, la folie, sont parmi ceux-ci les plus habituels. L'influence heureuse du traitement de l'estomac démontre leur corrélation avec la dilatation. La pathogénie de l'apparition de ces troubles est

incertaine. S'agit-il d'intoxication par des ptomaïnes? rien n'est moins prouvé. Il semble plutôt que la dilatation joue le rôle de cause déterminante chez des névropathes.

Il est d'une grande importance au point de vue du pronostic et du traitement de diagnostiquer, la dilatation de l'estomac coïncidant avec des troubles cérébraux, car ceux-ci peuvent disparaître par le simple traitement de l'affection gastrique. P. B.

SÉNAT

DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS

Suite de la séance du mardi 30 *novembre* 1886[1].

M. le Rapporteur. Je demande la parole.

M. le Président. La parole est à M. le rapporteur.

M. le Rapporteur. Messieurs, comme le Sénat vient de le voir, cet article est comme une table des matières de toutes les questions qui sont réservées à la réglementation administrative. Il aurait été peut-être plus opportunément placé à la fin de la loi; mais la commission ne voulant pas s'écarter des textes anciens a reproduit à cette place, qui était celle de l'article 6 de la loi de 1838, cet article qui est formé des articles 9 et 11 du projet du Gouvernement.

Je crois que, à la seconde délibération, nous ferons bien de reporter cet article 9 à la fin de la loi. Je viens de dire la raison pour laquelle la commission l'a laissé à la place qu'il occupe; mais il est évident que la question de la taxe elle-même, n'ayant pas été l'objet d'une délibération du Sénat, la commission ne peut que joindre à M. le ministre de l'intérieur et à M. Lacombe pour demander qu'on réserve le paragraphe.

M. le Président. Il faudrait peut-être mieux, alors, réserver tout l'article, si l'on doit le mettre à la fin de la loi...

M. de Gavardie. C'est évident!

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*. XIII, p. 135, 258, 439 et t. XIV, 135.

M. LE PRÉSIDENT... Il peut avoir d'autres dispositions de nature à amener de nouvelles modifications.

M. LE RAPPORTEUR. Non, monsieur le président, il n'y a lieu de réserver absolument que le paragraphe 5.

M. DE GAVARDIE. Je demande qu'on réserve l'article tout entier, et je demande à donner quelques explications sur ce point.

M LE PRÉSIDENT. La parole est à M. de Gavardie.

M. DE GAVARDIE. M. le rapporteur vient de répondre lui-même à la question. Il nous a dit : C'est le résumé de la loi; c'est la table des matières de la loi.

M. LE RAPPORTEUR. Mais non !

M. DE GAVARDIE. Vous l'avez dit !

M. LE PRÉSIDENT. Contentez-vous d'exposer votre opinion, et ne donnez pas aux paroles de vos collègues une interprétation qu'ils n'acceptent pas.

M. LE RAPPORTEUR. Toutes les questions relatives à la réglementation administrative sont parfaitement déterminées. Il ne reste à statuer que sur cette question importante, traitée dans le paragraphe 5, de la taxe porportionnelle. Sur tout le reste il n'y a pas de délibération à intervenir, et il n'y a lieu, par conséquent, de rien réserver.

M. DE GAVARDIE. Vous avez dit vous-même que cet article était la table des matières de la loi, et M. le ministre de l'intérieur, dont je surveille les mouvements...(Hilarité.) Vous allez voir pourquoi... Je disais que je surveillais les mouvements de M. le ministre de l'intérieur, parce qu'il est en désaccord sur plusieurs points avec vous. Or, M. le ministre vous a dit qu'il était plus logique de réserver l'article tout entier. — Je m'empare de cette autorité. Tenez, messieurs, on a invoqué tout à l'heure l'opinion des médecins et spécialement des médecins aliénistes. Eh *bien*, voulez-vous que je mette sous vos yeux un passage du rapport du docteur Blanche ? — Voici ce que j'y trouve :

« La loi du 30 juin 1838, inspirée par sentiments les plus élevés d'humanité et de respect de la liberté individuelle, a été un bienfait pour les aliénés. Elle a assuré la protection de leurs personnes et de leurs biens, en même temps qu'elle leur a procuré les soins médicaux dont ils étaient presque complètement privés jusque-là. »
« Elle ne mérite pas les accusations dont elle a été l'objet. »

Voilà ce que dit un homme singulièrement compétent. Je sais bien qu'il y a des réserves. Mon Dieu, nous connaissons ces réserves-là ? Les hommes sont si faibles.

M. le PRÉSIDENT. Monsieur de Gavardie, il s'agit simplement du changement de place d'un article, et vous recommencez, à ce propos, la discussion générale.

M. de Gavardie. Monsieur le Président, vous êtes chargé de diriger les débats, mais dans une certaine mesure.

M. le Président. Mon devoir est d'empêcher les orateurs de sortir de la question, ce que vous faites continuellement.

M. de Gavardie. C'est votre appréciation, monsieur le président...

M. le Président. C'est celle du règlement, ce n'est pas la mienne. Vous sortez de la question, et je vous y rappelle.

M. de Gavardie. Oh! je sais bien que c'est la vieille querelle! Mais le nouveau règlement n'est pas encore voté. Messieurs, les abus qu'on veut réprimer par cette réglementation — cette fois-ci je me sers avec intention du mot — par cette réglementation chinoise... (Rires et exclamations à gauche.) Mais oui! Et vous voyez bien que je suis dans la question, monsieur le président. Voilà des règlements d'administration publique qui portent sur tous les détails de cette loi. Eh bien, je dis que cela n'est pas justifié, et voilà pourquoi j'ai le droit de demander qu'on réserve l'article tout entier.

M. le Rapporteur se dirige vers la tribune.

A gauche. Ne répondez pas! ne répondez pas! (M. le rapporteur regagne son banc.)

M. le Président. M. de Gavardie demande qu'on réserve l'article 9. Je consulte le Sénat. (L'article 9 n'est pas réservé.)

M. le Président. Quelqu'un demande-t-il la parole sur le paragraphe 1er de l'article 9?... Je le mets aux voix. (Le premier paragraphe est adopté.)

M. le Président. Je mets aux voix les 2e, 3e et 4er paragraphes. (Ces trois paragraphes sont adoptés.)

M. le Président. Le paragraphe 5 est réservé. Je mets aux voix les paragraphes 6 et 7. (Les paragraphes 6 et 7 sont adoptés.)

M. le Président. Nous arrivons à l'article 10.

Plusieurs voix. A jeudi!

M. le Président. Il n'y a pas de discussion sur cet article.

M. de Gavardie. Comment! il n'y a pas de discussion sur cet article! Je demande la parole.

M. le Président. Vous avez la parole, monsieur de Gavardie.

M. de Gavardie. Je demande le renvoi de la discussion s'il doit y en avoir une.

M. le Rapporteur. Il n'y en aura pas, monsieur de Gavardie.

M. de Gavardie. Il n'y aura pas de discussion? et pourquoi?

M. le Rapporteur. L'article 10 est la reproduction de l'article 6 de la loi de 1838, dont vous faites l'éloge.

M. le Président. Monsieur le rapporteur, laissez M. de Gavardie s'expliquer et ne l'interrompez pas. Vous ne faites ainsi qu'allonger le débat sans aucune utilité.

M. de Gavardie. C'est parfaitement vrai! (Rires.) M. le Rapporteur me dit que l'article 10 est la reproduction de l'article 6 de la loi de 1838; eh bien, je trouve que cette loi est mauvaise sous ce rapport-là! Je n'aurais pas demandé la modification de la loi de 1838 pour ce simple détail; mais puisque en définitive vous portez sur elle une main téméraire... (Réclamations à gauche.) Mais oui! Un homme compétent a dit que la loi de 1838 ne méritait pas les accusations dont elle était l'objet; mais puisque vous la remettez tout entière en question, je vais discuter cet article-là. Vous dites : Les règlements intérieurs des établissements publics et privés consacrés aux aliénés sont soumis d'une manière générale, sans aucune espèce de restriction, à l'approbation du ministre de l'intérieur.

Je comprends très bien que lorsqu'un asile privé fait fonction d'asile public, — et vous ne faites pas cette distinction dans votre article, — je comprends que dans ce cas-là, l'asile privé, qui est devenu public à un certain point de vue, soit soumis à la réglementation de M. le ministre de l'intérieur. Mais je dis qu'il est attentatoire à l'inviolabilité du domicile et à l'inviolabilité du principe de la propriété de soumettre la direction d'un asile quelconque à l'approbation préalable de M. le ministre de l'intérieur.

Quand M. le ministre de l'intérieur voudra placer aux frais de l'Etat des aliénés dans cet asile, il interviendra; mais je lui défends l'accès de tout asile où, lui, Etat, n'a pas le droit d'entrer. Je n'ai pas de texte de la loi de 1838 sous les yeux. M. le rapporteur prétend que les termes de l'article 10 sont les termes mêmes de l'article 6 de la loi de 1838; si réellement de la loi de 1838 a été rédigée ainsi, je dis que c'est d'une manière abusive, et je vous demande d'introduire une distinction dans l'article et d'ajouter après le mot « privés », ceci : « faisant fonction d'asiles publics ».

Plusieurs sénateurs à gauche. Aux voix! aux voix!

M. de Gavardie. Aux voix! Et mon amendement? (Hilarité.)

M. le Président. Je mets aux voix l'article 10, sous la réserve de l'amendement de M. de Gavardie. J'en donne lecture : « Art. 10. — Les règlements intérieurs des établissements publics et privés consacrés aux aliénés sont soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur. » (La rédaction de la commission est adoptée).

M. le Président. Je mets maintenant aux voix la proposition de M. de Gavardie, qui consiste à ajouter après ces mots « établissements publics et privés », ceux-ci : « faisant fonction d'asiles publics ». (L'amendement n'est pas adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix l'ensemble de l'article 10.

M. DE GAVARDIE. Je demande la parole sur l'ensemble de l'article 10.

M. LE PRÉSIDENT. Permettez-moi de vous dire, monsieur de Gavardie, que c'est véritablement de l'obstruction. (Très bien ! très bien ! à gauche.)

M. DE GAVARDIE. Eh bien, si vous voulez que je vous dise le fond de ma pensée, oui, c'est de l'obstruction que je veux faire ! (Protestations à gauche.— A l'ordre ! à l'ordre !)

M. LE PRÉSIDENT. Eh bien, je serai obligé de vous rappeler à l'ordre.

M. DE GAVARDIE. C'est la première fois que je prononce cette parole dans cette assemblée...

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur de Gavardie, je vous rappelle à l'ordre.

M. DE GAVARDIE. Permettez-moi, monsieur le président, de vous rappeler à l'impartialité. (Nouvelles protestations à gauche.)

M. LE PRÉSIDENT. Et moi, je vous rappelle au respect de l'assemblée dont vous faites partie.

M. DE GAVARDIE. Je respecte cette assemblée dont je fais partie. Il serait vraiment puéril et dérisoire que je voulusse insulter à la dignité d'une assemblée dont j'ai l'honneur d'être membre.

M. LE PRÉSIDENT. Quand on fait de l'obstruction, on ne respecte pas l'assemblée devant laquelle on parle... (Très bien ! très bien ! à gauche et au centre), et vous avez déclaré que vous en faisiez.

M. DE GAVARDIE. Un homme d'Etat anglais, dont l'autorité n'a pas besoin d'être discutée, M. Gladstone...

M. DE PRESSENSÉ. Assez ! assez !

M. DE GAVARDIE. Comment ! assez ? (Oui ! oui ! assez ! à gauche.) C'est vous, monsieur de Pressensé, un libéral, qui tenez ce langage ! vous !

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur de Gavardie, vous n'avez pas le droit d'interpeller vos collègues. Je vous rappelle une seconde fois à l'ordre.

M. DE GAVARDIE. C'est M. de Pressensé qui m'a interpellé.

M. LE PRÉSIDENT. Il a fait une interruption, il ne vous a pas interpellé.

M. DE GAVARDIE. Monsieur le président, véritablement, je ne vois pas qu'un mot échappe dans l'improvisation... (Exclamations à gauche.)

M. LE PRÉSIDENT. C'est un faux fuyant ; vous avez dit que vous vouliez faire de l'obstruction.

M. de Gavardie. Je le maintiens...

M. le Président. Monsieur de Gavardie, je vous ai déjà rappelé deux fois à l'ordre...

M. de Gavardie... et je l'explique.

Un homme d'Etat qui, je crois, a une autorité assez grande pour que M. le président s'incline devant elle, M. Gladstone, a donné raison à l'obstruction irlandaise. Et certes, c'est comme cela qu'il faut comprendre le régime parlementaire. (Rires à gauche.) Oui, messieurs! En d'autres temps, je n'aurais pas dit à cette tribune que je voulais faire de l'obstruction; mais quand on vient violer le principe de l'inviolabilité de la famille, j'ai le droit de faire de l'obstruction, et j'en ferai jusqu'au bout.

Un sénateur à gauche. Allez chez le docteur Blanche!

M. de Gavardie. Je ne recule pas devant des interruptions de ce genre. Celui qui a osé prononcer cette parole que M. le président aurait dû réprimer, celui-là aurait dû me précéder à l'asile du docteur Blanche. (Nouvelles exclamations à gauche.)

M. le Président. Vous oubliez que vous avez dit que ceux qui voteront la loi mériteraient d'être placés dans un asile d'aliénés

M. de Gavardie. Vous ne comprenez pas la plaisanterie, monsieur le président. (Rires.)

M. le Président. Vous ne comprenez pas davantage celle de votre collègue.

M. de Gavardie. Celle-là a une autre portée. (Assez! assez!)

M. le Président. Je vous prie de rentrer dans la question, monsieur de Gavardie.

M. de Gavardie. Vous allez voir que j'y suis. Vous avez vu, messieurs, que dans les articles précédents on faisait une distinction fondamentale entre les asiles privés et les asiles faisant fonction d'asiles publics. Pourquoi?

Mon Dieu! je prends mon bien où je le trouve : c'est l'honorable M. Clément qui m'a donné tout à l'heure cet excellent argument que je regrette qu'il n'ait pas présenté lui-même; il l'aurait fait avec plus d'autorité que moi. Vous savez que M. Clément est un peu plus modéré que moi. Avec ces assemblées si impressionnables... (Hilarité à gauche), — mais oui, vous êtes plus impressionnables et passionnés que moi. Je pourrais vous dire comme Louis XVI : « Mettez la main sur mon cœur, et vous verrez s'il bat plus vite qu'à l'ordinaire »... — Il faut, dans les assemblées, s'habituer un peu à la libre discussion.

M. le Président. Monsieur de Gavardie, je vous prie de rentrer dans la discussion de l'ensemble de l'article 10, au lieu de donner des conseils à vos collègues.

M. DE GAVARDIE. Mais, monsieur le président, qu'est-ce que je fais donc, si ce n'est pas de la discussion que je fais? Enfin, messieurs, vous m'avez compris... (Rires), je l'espère du moins, et je vous demande de maintenir les termes de mon amendement.

M. LE PRÉSIDENT. Le Sénat a voté sur cet amendement.

M. DE GAVARDIE. Mais, monsieur le président, on peut le reprendre à propos de l'ensemble de l'article.

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix l'article 10. (L'article 10 est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. « Article 11... »

M. LE RAPPORTEUR. Monsieur le président, la commission, d'accord avec M. le ministre de l'intérieur, demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance.

M. LE PRÉSIDENT. La commission et le Gouvernement demandent le renvoi de la discussion à la prochaine séance. Il n'y a pas d'opposition ?... La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance. (*A suivre.*)

VARIA

HOMMAGE AU SURVEILLANT PUSSIN.

Dans la matinée du mercredi 3 août, a eu lieu, à l'hospice de Bicêtre, une double cérémonie, intéressante à plusieurs titres. M. POUBELLE, préfet de la Seine, présidait, assisté de MM. PEYRON, directeur de l'Assistance publique, et BOURNEVILLE, député de la Seine, directeur de l'enseignement de l'Ecole; nous avons remarqué dans l'assistance MM. le Dr Chaslin, médecin de Bicêtre; Imard, inspecteur général de l'Assistance publique; Barbier, secrétaire général; Mourlan, chef de division; Leclère, chef de bureau du service des aliénés; Gallois, architecte de Bicêtre; Ventujol, directeur, et Adancourt, économe de l'hospice de Bicêtre; Labouyerie, directeur de l'hospice des incurables; Guérin, Mauger, les internes en médecine et en pharmacie, et les employés de l'établissement.

Tout d'abord il a été procédé à la distribution des prix aux élèves de l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre. Cette cérémonie terminée, les assistants se sont rendus dans la cour d'entrée de la cinquième division de l'hospice, division consacrée aux aliénés, pour l'*inauguration de la plaque commémorative* érigée en l'honneur du surveillant PUSSIN. Cette plaque, en

marbre noir, a été fixée dans l'endroit le plus apparent, sur l'extrémité nord du grand bâtiment de la 2e section actuelle, décorée de drapeaux entourant le buste de la République, et ornée de cartouches aux initiales R. F. Elle porte, gravée en lettres d'or, l'inscription suivante :

Le 3 août 1887,
Monsieur POUBELLE étant Préfet de la Seine,
Monsieur PEYRON, Directeur de l'Administration générale
de l'Assistance Publique.
Cette plaque
a été placée en mémoire de
Jean-Baptiste PUSSIN,
Surveillant à Bicêtre.
(Du 27 avril 1780 au 20 mai 1802.)
Appelé par Pinel : son plus fidèle collaborateur
et par Parizet : le précurseur de Pinel.

Le voile qui recouvrait la plaque étant tombé, M. le Préfet de la Seine a pris la parole en ces termes :

« Mesdames, Messieurs,

« Cette inscription est destinée à perpétuer le souvenir de l'un de vos prédécesseurs, qui, entré comme malade dans cette maison, y guérit, s'y attacha au point de ne vouloir plus la quitter et devint digne d'être appelé, par Pinel, « son meilleur collaborateur ».

« Cette estime du savant pour le surveillant modeste n'a rien qui doive nous surprendre : les âmes d'élite se rencontrent à travers la diversité des conditions, et c'est un acte de justice que nous accomplissons en inaugurant, après la statue de l'illustre médecin, cette plaque de marbre, qui vous rappellera que la République sait rendre hommage à tous les dévouements et qu'elle ne distingue pas entre ceux qui ont prodigué leur vie aux souffrants et aux déshérités.

« Jusqu'à Pinel, en effet, tous les malades, sans distinction entre la simple idiotie et la démence furieuse, étaient considérés comme dangereux. C'est ici que Pinel, réagissant contre cette crainte exagérée, fit tomber leurs fers, et cette méthode nouvelle, accueillie avec incrédulité au moment où elle fut instituée, eut pour résultat immédiat de rendre la folie plus calme, les crises moins dangereuses et moins prolongées.

« Lorsque j'eus l'honneur d'inaugurer, à l'entrée de la Salpêtrière, la statue de Pinel, mes recherches personnelles, pour arriver à mieux connaître le grand homme dont je devais prononcer l'éloge, m'amenèrent à découvrir, à côté de lui, J.-B. Pussin, et, tout en reconnaissant la grandeur de l'initiative prise par le

savant, je pensai que le succès obtenu était peut-être dû en partie à cet homme qui, en prodiguant à tout instant, à ces malheureux, ses soins et son dévouement, était, sans doute, parvenu à réveiller un écho dans ces consciences endormies, à se faire aimer de ceux qu'il avait sous sa surveillance.

« Certes, les conditions qu'acceptait votre prédécesseur étaient loin de valoir celles qui vous sont faites : un peu de vin, la table au second réfectoire et 36 francs de gages par an, telle était sa rémunération et tel fut le prix dont, pendant vingt-deux ans, on paya ses services. C'est vous dire que nous ne nous considérons pas comme dégagés par les salaires que nous vous donnons, et, si nous avons réussi à rendre la vie pour vous plus facile et plus sûre, il y a une chose que nous ne prétendons pas payer, parce qu'elle est d'un prix inestimable, c'est la sensibilité, l'abnégation, le dévouement de tous les jours : vertus naturelles chez certains hommes, et qui, dans votre profession, sont des qualités indispensables.

« Pussin suivit Pinel à la Salpêtrière, mais il passa ici les principales années de sa vie et c'est bien dans cette maison que nous devions vous le présenter comme un modèle de chaque instant. Vous n'avez pas attendu cette solennité pour vous inspirer des mêmes sentiments et les récompenses que nous vous avons décernées montrent que vous aspirez à l'imiter. Je ne saurais trop vous répéter que ces malades, ces fous sont susceptibles de comprendre le dévouement qu'on leur témoigne.

« L'éclipse de leur raison laisse percer encore quelques lueurs : ils conservent une certaine justesse d'observation qui leur permet d'apprécier les soins que l'on apporte à leur soulagement. Dans cette fréquentation quotidienne, l'intelligence, même affaiblie, sait reconnaître les sentiments affectueux et les actes de violence sont rares à l'égard d'un infirmier bienveillant. Dans les maisons de fous, il se forme, croyez-le bien, une opinion publique, souvent plus juste que celle que nous rencontrons extra-muros, car elle est fondée sur une observation personnelle et sur l'impression directe des traitements dont chacun est l'objet.

« En inaugurant cette inscription, nous ne voulons pas seulement honorer l'un de vos prédécesseurs, nous entendons aussi vous rappeler les exemples de dévouement, de patience et d'humanité qu'il a donnés. Nous espérons trouver parmi vous des continuateurs de Pussin, qui mériteront d'inscrire leur nom à côté du sien sur les feuillets de pierre du livre que nous ouvrons aujourd'hui. »

La chaleureuse allocution de M. Poubelle a été accueillie par d'unanimes applaudissements et la séance a été levée.

John Gray.

La science médicale a fait une grande perte dans la mort de John Gray[1]. Comme aliéniste, c'était peut-être le plus connu et le plus apprécié de toute l'Amérique. Né de parents américains le 6 août 1825 à Halfruoon, il fit son éducation à l'école commune, à l'Académie de Bellefonte et au Déckenson Collège, et il étudia la médecine à l'Université de Pensylvanie. Il prit ses grades dans ces deux derniers établissements en 1846 et 1848. — Cette même année 1848, il fut nommé médecin résident à l'hôpital de Pensylvanie où il attira l'attention par ses capacités et son zèle. En 1851, il était nommé troisième assistant à l'asile d'Utica, puis deuxième en 1852, enfin premier en 1853. Il avait alors 38 ans. La même année il fut nommé superintendant médical à l'asile de Michigan et fit dresser les plans de l'église de Kalamazoo. — En 1854, il s'établit dans le Michigan et commença sa belle carrière comme superintendant de l'asile d'Utica. Ses travaux comme directeur en chef de l'*Américan journal of insanity*, datent de la même année. Il abandonna le système qui avait prévalu jusqu'alors de confiner les malades dans des cellules noires et solitaires et leur donna l'air et la liberté.

Les études et son expérience le conduisirent bientôt à enseigner que l'aliénation mentale est une maladie dégénératrice, et réclame un régime abondant de l'air, de l'exercice, etc. Les théories attirèrent l'attention sur lui et lui donnèrent une situation prépondérante dans sa profession. Elles furent bientôt adoptées par ceux qui les connurent. En 1857, il avait publié un mémoire plein de recherches et d'idées sur l'*homicide* et la *folie*, et en 1858 il fut nommé médecin consultant de l'asile de l'Etat pour les aliénés criminels à Auburu. En 1868, dans un mémoire sur les *relations de la folie avec la médecine*, il soutint que l'aliénation est une maladie physique et qu'elle ne doit pas être seulement traitée par des spécialistes. Beaucoup de gouverneurs et de législateurs lui demandèrent conseil pour l'aménagement des asiles et des établissements de charité.

Esprit libéral, intègre, plein de fermeté, il unissait la critique à la courtoisie et au courage, et se montra le ferme champion des malades et de l'humanité souffrante. C'était un spécialiste, mais plus encore. Il arriva presque à créer une science et une littérature relative à la folie, et à inscrire son nom en caractères doubles dans l'histoire de la charité publique.

Il avait de grandes facilités pour le travail. Outre la superintendance de l'asile, il surveillait personnellement l'*American journal of insanity*, et publia une série de mémoires en 1871, *La folie dé-*

[1] *The Boston méd. Journal*, 17 mars 1887, p. 267.

pend d'une maladie physique ; en 1873, *Pathologie de la folie;* en 1874, *Vue générale de la folie* et *Pensées sur les causes de la folie.* Cette même année il fut nommé professeur de psychologie et de jurisprudence médicale au collège de Bellevue. En 1876, le collège d'Albany le nomma à la même chaire. Il publia ensuite : en 1876, l'*Hygiène mentale;* en 1877, des *Recherches pathologiques;* en 1878, des *Extraits de lois relatives à l'aliénation,* et un *Mémoire sur le suicide;* en 1880, un travail sur la *Jusquiame en aliénation;* en 1884, l'*Hérédité;* en 1885, un *Rapport sur l'état de science médicale.* On ne peut rappeler ici tous les rapports médico-légaux sur des aliénés criminels qu'il fit à la requête de l'autorité. Outre ses grades universitaires, il reçut en 1874 ses grades du collège d'Hamilton. En 1873, il fut élu membre honoraire de la Société de Fréniatrie italienne; en 1875, membre de la Société médico-psychologique anglaise, et en 1878, de celle de Paris. Il était membre aussi de plusieurs Sociétés scientifiques américaines.

Frappé le 16 mars 1882 par Henry Remshaw, il ne s'était jamais complètement relevé. Il supporta son mal avec courage, quoique ses occupations lui fussent beaucoup plus pénibles. Il les abandonna pendant l'hiver de 1885, puis revint et se remit à travailler, mais au bout de trois semaines il fut pris de bronchite; et finalement mourut de coma-urémique, par suite d'un mal de Bright le 29 novembre 1886. SOLLIER.

LUTHER ET LA MALADIE DE MÉNIÈRE.

Luther, à vingt-sept ans, souffrait de bourdonnements dans les oreilles, et comme il ignorait les sciences physiques, il les attribuait au diable. « Ces mots de dents et d'oreilles dont je souffre, dit-il, sont pis que la peste. Je suis torturé par un bruit et un bourdonnement dans mon oreille, comme si quelque vent soufflait dans ma tête. Le diable y est pour quelque chose. Vous ne savez pas combien est horrible ce vertige. Là, tous les jours, j'ai été dans l'impossibilité de lire une lettre et même deux ou trois lignes des psaumes. Au bout de ces trois ou quatre mots, le bruit recommence et je tombe presque de ma chaise. » Ceci avait lieu en 1510. En 1530, il écrit : « Quand j'essaie de travailler, ma tête est remplie de toutes sortes de bruits, de bourdonnements, de sifflements, d'éclats de tonnerre, et si je ne quitte pas aussitôt mon ouvrage, je m'évanouis ; ces trois derniers jours, je n'ai même pas pu regarder une lettre. J'ai eu une autre visite du diable. Ma maladie est le résultat de la faiblesse ordinaire de la vieillesse, de la tension habituelle d'esprit, et surtout des coups de Satan. Aucune médecine au monde ne pourra la guérir. » Ces bruits étaient si confus dans sa tête et ses oreilles, qu'en 1521 quelqu'un lui ayant donné une boîte de noix qu'il mit dans sa

chambre, il crut que le diable venait les secouer. « Quand j'eus soufflé la lumière et me suis mis au lit, dit-il, il me sembla qu'aussitôt les noix se mirent en mouvement, non seulement en sautant dans le sac, mais encore en se cognant violemment les unes contre les autres, et qu'alors elles vinrent faire du bruit auprès de mon lit. Cependant je n'en pris garde et m'endormis; mais de temps en temps, j'étais réveillé par un grand bruit dans l'escalier, comme si quelqu'un culbutait des centaines de tonneaux les uns après les autres. Je me levai aussitôt, m'écriant: « Est-ce toi, diable ? Soit, je recommande mon âme à Dieu. » Je retournai à mon lit et m'endormis. Une fois à Wittemberg, j'entendis distinctement le diable faire du bruit ; il fit trois fois du bruit dans le grenier, comme si il traînait quelque chose de lourd sur le plancher. Comme il continuait, je rangeai mes livres et allai me coucher. Une autre fois, je l'entendis marcher, mais comme je savais que c'était le diable, je n'y fis point attention et m'endormis. » Une fois, pendant un grand orage, Luther s'écria : « C'est le diable qui fait cela! oh! comme le diable souffle ! » Et de nouveau il dit : « Les idiots, les estropiés, les aveugles, les sourds, sont autant de personnes chez qui le diable a élu domicile. Tous les médecins qui essaient de guérir ces infirmités comme si elles provenaient de causes naturelles sont des imbéciles ignorants. Ils ne connaissent rien, ni au diable ni à ses œuvres. » (*Medical Record* et *The Americam Practitioner*, vol. III, 5 mars, p. 159.) A. SOREL.

FAITS DIVERS

ASILES D'ALIÉNÉS. — Nominations : M. le Dr DENIZET, directeur-médecin de l'asile du Mans, est nommé en la même qualité à l'asile de Cadillac, en remplacement de M. le Dr GUILBERT, nommé directeur-médecin de l'asile de Bordeaux, en remplacement de M. le Dr DESWATINES, nommé directeur-médecin de l'asile du Mans, en remplacement de M. le Dr DENIZET. — M. le Dr GIRAUD, directeur-médecin de l'asile de Fains, est nommé en la même qualité à l'asile Saint-Yon, en remplacement de M. le Dr CORTYL, nommé directeur-médecin de l'asile de Bailleul, en remplacement de M. LEBLOND, retraité (arrêté du 5 juillet). — M. le Dr GIRMA, médecin adjoint à l'asile Saint-Luc, est nommé en la même qualité à l'asile Saint-Yon, en remplacement de M. le Dr BARANDON, mis en disponibilité sur sa demande (arrêté du

28 juillet). — M. le Dr LEGRAIN, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé médecin adjoint à l'asile de Vaucluse, en remplacement de M. le Dr KÉRAVAL, mis en disponibité sur sa demande (arrêté du 6 août).

PERSONNEL DES ASILES. — Dans son rapport biennal sur l'asile d'aliénés de l'Etat de Kansas à Topeka, le surintendant le Dr B.-D. Eastman se plaint de la difficulté de trouver des infirmiers capables de donner des soins aux aliénés. Cette difficulté vient surtout de ce que les individus qui s'engagent comme infirmiers dans les asiles, font cela comme une occupation temporaire et non avec le désir de se faire une position durable, comme dans la plupart des autres pays. On doit demander des hommes préposés à la garde des aliénés un grand nombre de qualités; il faut qu'ils puissent à la fois les surveiller, et se faire leurs amis et en même temps prendre soin de l'établissement dans les moindres détails. Le rapporteur remarque combien dans la région ces hommes sont rares à trouver, et quel changement incessant on voit dans le personnel des asiles. Mais quand on met la main sur un infirmier consciencieux, fidèle, on l'estime hautement, et « il est assuré d'amasser des trésors, au figuré, si ce n'est matériellement ». (*The N. York méd. Journ.*, 25 janvier 1887.) A. R.

ABOLITION DE LA RÉPRESSION CORPORELLE A L' « ALABAMA INSANE HOSPITAL ». — Dans son rapport biennal, le surintendant de cet asile, le Dr Bryce, rend compte des progrès effectués sous ce rapport dans cet établissement, depuis cinq ans. Jamais auparavant on n'avait eu d'aussi bons résultats dans le traitement des aliénés. C'est une exception quand on est obligé d'enfermer dans sa chambre un maniaque ou un excité. Sur 722 malades, pendant l'année dernière, on n'a enfermé que 37 malades dont : 18 hommes et 19 femmes; le nombre total des heures de réclusion a été de 204 pour les premières, et de 326 pour les secondes. Depuis plusieurs semaines, on n'a enfermé ni isolé aucun malade, résultat qu'on n'avait jamais obtenu avec l'ancien système. D'un autre côté, on s'est à peine servi de narcotiques, auxquels, d'après certains médecins, on doit avoir recours, si on n'use pas de moyens de répression avec les aliénés. La quantité de narcotiques administrés, depuis le nouveau système de traitement en usage, a considérablement diminué. C'est ainsi que dans tout l'asile, en une année, on n'a pas dépensé plus de douze grains d'hyoscyamine, que l'on emploie beaucoup en Amérique, comme agent hypnotique.

L'hôpital présente dans son aspect un grand changement caractéristique. Au lieu du bruit, de l'agitation, la méchanceté, la défiance qu'offraient les anciens « restraints », actuellement les malades sont tranquilles, dans leurs quartiers; ils ont l'air heureux, sont confiants et remplis de bonne volonté, envers leurs

surveillants et infirmiers. Toute cette transformation semble due en grande partie à la substitution d'une discipline, naturelle et rationnelle, à l'usage cruel des instruments de coercition. Cette méthode est du reste approuvée et le nombre des restraints diminue de plus en plus dans les hôpitaux bien aménagés. Il n'y a que dans les cas extrêmes qu'on est obligé d'user de répression, lorsque la vie du malade ou des autres est en danger. (*The New-York Med. Jour.*, 15 janv. 1887.) A. R.

La garde des personnes prétendues aliénées. — La loi devrait préciser où et comment une personne qu'on prétend être aliénée et troubler le repos autour d'elle, doit être protégée pendant le délai si peu sagement nécessité par les formalités légales jusqu'à ce qu'elle soit placée dans une asile. Aussi ne sommes-nous pas disposés à presser les praticiens à sortir de leur rôle en aidant les magistrats dans la difficulté de leur conduite dans ces cas. Il serait de meilleure politique et cela conduirait aux meilleurs résultats pour les fous et pour ceux qui ne le sont pas, si on laissait suivre leur cours à ces affaires, de sorte que les défauts de la loi puissent être vus sous leur véritable aspect. (*The Lancet*, février 1887.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Fontan (J.) et Ségard (Ch.). — *Eléments de médecine suggestive, hypnotisme et suggestion.* — Faits cliniques. — Volume in-18 de 306 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, 1887, O. Doin.

François Franck. — *Leçons sur les fonctions motrices du cerveau (réactions volontaires et organiques) et sur l'épilepsie cérébrale*, précédées d'une préface du professeur Charcot. — Volume in-8° de 571 pages avec 83 figures. — Prix : 12 fr. Paris, 1887, O. Doin.

Bitot père. — *Le cervelet participe-t-il à l'exercice de l'intelligence?* — Réponse affirmative, tirée de l'examen des faits d'atrophie cérébelleuse. — Brochure in-8° de 32 pages, Bordeaux, 1887. G. Gounouilhou.

Bourneville, Isch-Wall, Baumgarten, Pilliet, Courbarien et Bricon. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1886 (VII° volume de la collection). In-8° de XLVIII-258 pages, avec 3 plans, 25 figures et 5 planches glyptographiques. Prix : 6 fr.; pour nos abonnés, 4 fr. — Aux bureaux du *Progrès Médical*, 14, rue des Carmes.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 887.

Vol. XIV. Octobre 1887. N° 42

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

HISTOIRE D'UNE HYSTÉRIQUE HYPNOTISABLE

(CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES CARACTÈRES SOMATIQUES FIXES DES ATTAQUES DE SOMMEIL SPONTANÉES ET PROVOQUÉES CHEZ LES HYSTÉRIQUES);

Par les Drs J. GRASSET, professeur de Clinique médicale, et A. BROUSSE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Parmi les points encore incomplètement élucidés de l'histoire clinique de l'hypnotisme, il en est un qui a un intérêt capital et sur lequel de vives divergences se sont produites dans ces derniers temps : c'est l'étude des *caractères somatiques fixes de l'état hypnotique*. Quel est l'état spontané, naturel, normal, des grandes fonctions du système nerveux, en dehors de toute influence suggestive et de toute éducation artificielle, dans le sommeil provoqué? Voilà la question, grave entre toutes, que les chercheurs contemporains ont résolue très diversement et à l'élucidation de laquelle nous allons essayer de contribuer par l'histoire d'une malade que nous observons d'une manière presque continue depuis trois ans.

C'est incontestablement M. Charcot qui a inauguré l'étude de ce côté de la question et en a révélé l'importance, dans ces belles recherches de 1878 à 1880 qui ont vengé le somnambulisme provoqué des anciennes condamnations académiques et qui ont commencé l'ère scientifique actuelle de son histoire.

L'école de la Salpêtrière a magistralement étudié et décrit les caractères somatiques fixes de ce que l'on a appelé le grand hypnotisme et tout le monde connaît aujourd'hui la description classique des symptômes dans chacun des trois grands états : léthargie, catalepsie, somnambulisme provoqué.

Les recherches se sont alors multipliées et un autre élément a frappé les observateurs plus que tout autre : c'est la suggestion. Et à Nancy en particulier, où ces études ont été poussées avec un grand talent, Liébault, Bernheim et d'autres ont étudié la suggestion avec un soin tout spécial. Il a paru alors à ces médecins que les caractères somatiques fixes n'existaient pas ; tous les symptômes observés dans tous les ordres de fonctions du système nerveux étaient de nature et d'origine purement suggestives ; il n'y avait donc en réalité aucun phénomène somatique fixe, indépendant de la suggestion, dans l'état de somnambulisme provoqué.

C'est ainsi que sont nées sur la question qui nous occupe deux opinions absolument contradictoires et encore inconciliées : d'après l'une, que personnifie l'école de la Salpêtrière, il y a dans l'état hypnotique des caractères somatiques fixes, indépendants de la suggestion, qui sont ceux décrits par M. Charcot pour la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme provoqué.

D'après l'autre, que représente l'école de Nancy, il n'y a dans l'état hypnotique aucun caractère somatique fixe indépendant de la suggestion et antérieur à elle, tout dépend de la suggestion et est commandé par elle.

La malade dont nous allons parler nous paraît pouvoir éclairer le débat. Son histoire nous semble en effet démontrer : 1° contre l'école de Nancy qu'il y a des caractères somatiques fixes indépendants de la suggestion dans certains cas d'hypnotisme; 2° contre l'école de la Salpêtrière que ces caractères somatiques fixes, quand ils existent, ne rentrent pas nécessairement, pour tous les sujets, dans le cadre tracé par M. Charcot pour les trois états du grand hypnotisme; 3° enfin que la nature de ces caractères somatiques fixes, paraît, au moins dans les cas semblables au nôtre, dominée par la nature des crises spontanées antérieures que le sujet a présentées avant toute tentative d'hynotisation. Voici d'abord l'observation détaillée de la malade, pour étayer la discussion qui suivra.

F... (Maria), quarante et un ans, couturière, douée d'un tempérament nervoso-sanguin et d'une constitution assez bonne, a joui d'une bonne santé habituelle jusqu'au début des accidents actuels. Toutefois, nous trouvons dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels, quelques renseignements intéressants.

Sa mère était très nerveuse, elle est restée quatorze ans malade et est morte d'une maladie de poitrine à l'âge de quarante et un ans. Son père, rhumatisant et asthmatique, a succombé à une attaque d'apoplexie à soixante-quatre ans. Elle a deux frères et deux sœurs bien portants.

Quant à elle, elle a une intelligence assez développée, mais une impressionnabilité très grande; gâtée par son père, elle a pris un caractère capricieux et entêté qui certainement n'est pas étranger aux divers incidents de son existence. Réglée à onze ans, le jour de sa première communion, ses règles ont été toujours régulières mais fort abondantes, ayant une durée de quatre à cinq jours et

s'accompagnant de violentes coliques qui l'obligeaient quelquefois à garder le lit.

Pendant la puberté, elle ne présente pas d'accidents chlorotiques, mais elle est sujette à des troubles nerveux (crampes d'estomac, névralgies, etc.).

Mariée à dix-sept ans et demi avec un ouvrier de son père qu'elle n'aimait pas, elle a eu neuf enfants dont sept dans les huit premières années de mariage; cinq de ses enfants sont morts en bas âge, les autres sont vivants et bien portants. Les couches ont été laborieuses et ont nécessité chaque fois l'application du forceps; pendant leur durée, elle restait sans connaissance et accouchait pour ainsi dire, sans s'en douter.

En 1868, à la suite de ses couches, elle eut une ophtalmie de l'œil gauche, qui persista plusieurs années avec des alternatives d'amélioration et de recrudescence. En 1876, l'état de cet œil ayant empiré, elle dut entrer à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où le professeur Gayet lui fit l'iridectomie. Après cette opération, il y eut une amélioration très sensible de la vue; mais deux ans après, nouvelle ophtalmie qui aboutit cette fois à la fonte purulente de cet œil, aujourd'hui complètement vidé.

Depuis l'âge de trente-deux ans, elle n'a plus eu de grossesse. Dès lors, en effet, elle vit séparée de son mari; bientôt même elle prend un amant. Poursuivie pour ce fait, elle est condamnée comme adultère; elle insulte alors ses juges, ce qui fait porter sa peine à trois ans de prison.

Envoyée à la Maison centrale de Montpellier, elle y a une bonne conduite, travaille bien, et ne présente rien à signaler, sinon une grande excitabilité nerveuse. Mais, au mois de juillet 1883, ayant eu une altercation avec la sœur de la prison, elle refuse de se soumettre et est enfermée un mois en cellule: là, elle endure des privations, et son système nerveux, déjà fort impressionnable, subit un ébranlement considérable. Une fois sortie de cellule, elle reste plongée dans un état profond d'anémie qui est encore augmenté par des métrorrhagies abondantes.

Il semble que ce soit sous cette influence que s'est produite la *première attaque de sommeil*, le 22 novembre 1883. F... se trouvait alors à l'infirmerie en traitement pour une hémorrhagie utérine; le matin, au moment de la visite médicale, le Dr Bringuier, médecin de la Maison centrale, la trouve plongée dans un profond sommeil accompagné de contractures de tout le corps et d'anesthésie généralisée, cette attaque de sommeil ne put être interrompue et se prolongea pendant dix-huit heures. Au réveil la malade ne se rappelait rien de ce qui s'était passé pendant son sommeil; elle ne pût pas davantage indiquer la cause provocatrice de cette crise ni les phénomènes qui en avaient caractérisé le début. Mais, à partir de ce moment, des attaques de même genre s'étant

reproduites fréquemment, M. le Dr Bringuier put en étudier tous les caractères en même temps qu'approfondir la nature du sujet et déterminer son aptitude à l'hypnotisation. M. Bringuier a déjà publié[1] le résultat de ses recherches, et c'est à son intéressant mémoire que nous allons emprunter les principaux faits qui suivent.

L'attaque de sommeil quelquefois précédée de prodromes, débute brusquement, la malade tombe sans connaissance: les mains se portent derrière le dos, et les doigts s'entrecroisent avec tant d'énergie qu'il se creuse des empreintes dans la peau; les membres sont en contracture, la jambe gauche est croisée sur la droite, les pieds sont en équin; l'anesthésie est généralisée et complète. Tous les sens sont abolis, à l'exception de l'ouïe: F... entend et répond aux questions qu'on lui fait. Chose remarquable! pendant cet état, la mémoire est plus développée et plus lucide qu'à l'état normal: tandis, en effet, qu'à l'état de veille elle ne se rappelle absolument rien de ce qui s'est passé pendant le sommeil précédent, dans l'attaque de sommeil elle se rappelle non seulement ce qui s'est passé dans les attaques précédentes, mais même les événements de la veille.

La durée de ces attaques est variable: elles se prolongent souvent plusieurs heures et même jusqu'à douze heures, lorsqu'elles ne sont pas interrompues. Mais on peut les interrompre par la compression d'une des zones hystérogènes et ces zones comprennent les régions ovarienne gauche, sous-mammaire et scapulaire droites ainsi que les apophyses épineuses des trois premières vertèbres dorsales. Le réveil se produit, d'ailleurs, plus facilement par la compression de l'ovaire: il se fait avec une certaine lenteur et n'est complet qu'au bout de quelques instants.

Si, pendant l'atttaque de sommeil, on applique sur une partie du corps une pièce de métal, il se produit une trépidation de cette partie, qui se généralise ensuite au corps entier. Ce même résultat est obtenu, si on approche du corps un fort aimant. L'application ou même la simple approche de la main, donne lieu aux mêmes effets.

L'attaque de sommeil se produit spontanément, mais elle peut être *provoquée*. Pour cela, on a recours à l'un des procédés suivants: compression de l'un des points hystérogènes, ou bien emploi des moyens d'hypnotisation, tels que la vue d'un corps brillant, d'une vive lumière ou la fixité du regard. Ce dernier procédé a une grande action sur la malade, il produit l'attaque presque instantanément. L'attaque peut aussi être déterminée par l'impression de tout ce qui frappe l'imagination de la malade, et cette influence morale s'exerce avec la plus grande facilité. Le même

[1] *Notes cliniques sur l'hystéro-épilepsie.* (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Montpellier*, 1886, p. 122.)

effet est produit par l'influence de certaines odeurs, telles que le castoréum, l'éther, la valériane et surtout le musc. Par quelque influence que l'attaque de sommeil soit provoquée, elle se présente toujours avec les mêmes caractères que l'attaque spontanée.

En dehors des attaques de sommeil, M. Bringuier a observé, mais plus rarement, de grandes attaques d'hystéro-épilepsie. Enfin, pendant l'état de sommeil, F... est susceptible de *suggestion :* si, en effet, on lui donne alors un ordre, en lui fixant le moment où il devra être exécuté, elle ne manque pas d'obéir, bien que personne ne lui rappelle cet ordre et qu'elle paraisse l'avoir complètement oublié. Son action, dans ce cas semble inconsciente et paraît analogue à celles qui se produisent dans le somnambulisme. Mais, l'acte accompli, F... tombe immédiatement dans l'attaque de sommeil.

Parmi les traitements mis en usage, M. Bringuier essaya l'hydrothérapie, mais il fallut y renoncer ; la malade s'endormant au moindre contact de la douche sur une des régions hystérogènes. Elle s'endormait aussi dans le bain tiède. Tels sont les principaux phénomènes observés chez F.. par M. Bringuier pendant son séjour à la Maison centrale.

Sa peine terminée, F... quitte la Maison centrale et entre le 4 juin 1884 à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, dans le service de la Clinique médicale, dirigé alors par M. le professeur agrégé Mossé, et où il nous est donné de l'observer. Elle se présente dans un état profond d'anémie, lié à la répétition des métrorrhagies ; et pourtant on observe chez elle une hypérémie très prononcée de la face. Elle mange très peu sans cependant maigrir. Elle est très sujette à la céphalalgie et aux vertiges.

L'examen des organes génitaux n'a permis de découvrir aucune lésion organique pouvant expliquer les hémorrhagies utérines; celles-ci doivent être très probablement attribuées, étant donné l'âge de la malade, à l'approche de la ménopause.

En dehors des attaques de sommeil, sa sensibilité, tant générale que spéciale, est parfaitement normale. Elle accuse une faiblesse particulière dans le côté droit, côté où paraissent prédominer les points hystérogènes; mais il n'existe aucune trace de parésie dans ce côté. Les attaques de sommeil ne tardent pas à se reproduire et présentent les caractères précédemment signalés. On les provoque de même par la fixation du regard ou la compression des zones hystérogènes (ovaires, régions sous-mammaire et scapulaire droites), que l'on pourrait appeler pour cela zones *hypnogènes.*

L'attaque provoquée peut être analysée avec plus de précision que l'attaque spontanée; voici ce qu'on observe : d'abord, si la malade est debout ou assise, elle tombe, puis les yeux se ferment,

les mains se rapprochent, les doigts s'enchevêtrent, les bras s'allongent et les mains se fixent au-devant de l'abdomen (tandis que dans l'attaque spontanée elles se fixent derrière le dos). Les jambes s'étendent et se croisent l'une sur l'autre, toujours la gauche sur la droite. La rigidité est alors absolue, aucune articulation ne peut être fléchie, aucun mouvement ne peut être imprimé aux membres, les doigts sont tellement serrés que leur extrémité est cyanosée; la malade ressemble à une véritable barre rigide. L'anesthésie est absolue et généralisée. On peut traverser la peau avec une épingle sans déterminer la moindre douleur et sans produire d'écoulement sanguin; les sensations de chaleur ou de froid ne sont pas mieux perçues.

Du côté des organes des sens, nous trouvons les paupières fermées et l'œil sain convulsé en haut. L'odorat est aboli, car elle ne sent pas du tout certaines substances comme l'éther, qui lui sont très désagréables à l'état de veille. L'ouïe seule est conservée : elle entend ce qu'on lui dit et répond parfaitement aux questions qu'on lui pose. Quelquefois même, elle parle alors avec une très grande volubilité et raconte certaines choses qu'elle ne dirait pas à l'état de veille.

Pendant l'état de sommeil, si on applique une pièce de métal sur une partie du corps, sur le thorax, par exemple, il se produit, ainsi que l'avait déjà observé M. Bringuier, une trépidation de tout le corps. Mais il n'y a là aucune action spéciale du métal, car on obtient le même effet par l'application du pavillon du stéthoscope ou de la main.

Lorsque la main est appliquée sur le front, il se produit des mouvements désordonnés de la tête qui semble vouloir se débarrasser d'un cercle qui l'étreint; il y a quelquefois même projection du corps à droite, et la malade tomberait si on ne la retenait. L'aimant donne lieu à des phénomènes analogues : si on approche un aimant de Charcot à petite distance d'une partie du corps, il se produit dans cette partie une série de mouvements de translation qui aboutissent en fin de compte à la projection du corps entier vers le côté droit. On peut obtenir les mêmes effets par la simple approche de la main.

Pour réveiller la malade, il faut avoir recours à la compression de l'une des zones hypnogènes, mais de préférence à celle des ovaires. Le réveil ne se fait pas brusquement : avant d'arriver au réveil complet, le sujet passe par un certain nombre de phases très remarquables caractérisées par des positions différentes des membres. D'abord les jambes se décroisent, en même temps qu'il se produit un certain nombre de mouvements de déglutition; puis les mains se séparent, les bras s'élèvent au-dessus de la tête, retombent ensuite en croix, les mains s'étendent et se placent alternativement en pronation et en supination; de nouveau les

bras s'élèvent au-dessus de la tête, les doigts se plient dans la paume des mains, elle frappe alors les deux mains l'une contre l'autre à plusieurs reprises, puis elle les ouvre, les porte sur ses yeux, frotte ceux-ci, les ouvre, se couvre si elle est couchée, boutonne son corsage si elle est habillée, enfin dit bonjour aux personnes qui l'entourent, comme si elle se réveillait d'un sommeil naturel. En arrêtant la compression, on peut fixer la malade dans chacune des positions qu'elle prend avant d'arriver au réveil complet, lequel ne s'obtient que par la persistance de la compression jusqu'au moment où elle se frotte les yeux. Pendant ces diverses phases du réveil, l'anesthésie persiste et ne disparaît que lorsqu'elle ouvre les yeux.

M. Mossé reprend sur F... les expériences de suggestion déjà mises en pratique par M. Bringuier. Nous avons vu que pendant l'attaque de sommeil, elle entend très bien : c'est alors qu'on peut lui suggérer ce qu'on veut lui faire exécuter. Notons tout d'abord que tant qu'elle n'est pas sortie de sa crise, elle ne peut faire aucun mouvement bien qu'elle croie l'exécuter ; il y a, en effet, alors chez elle perte absolue du sens musculaire : si on lui dit : « Donnez la main », elle croit la donner, mais ne bouge pas, ses membres étant fixés par la contracture. Mais ce qu'elle ne peut faire pendant le sommeil, elle l'exécute très bien au réveil. Voici comment on procède : la malade étant plongée dans le sommeil spontané ou provoqué, on lui donne un ordre à exécuter au réveil ; presque toujours elle proteste contre l'ordre donné et dit qu'elle ne l'exécutera pas; puis on la réveille par la compression de l'ovaire. Une fois réveillée, après un moment d'hésitation elle exécute l'ordre et généralement avec beaucoup de précision. Mais dès que l'ordre est exécuté, elle retombe dans son attaque de sommeil; ce qui semble indiquer que l'état dans lequel elle a mis l'ordre à exécution n'est pas le réveil complet, mais plutôt une sorte d'état de somnambulisme.

Les suggestions qu'on peut produire chez F... sont de divers ordres. C'est tantôt l'*exécution d'actes* plus ou moins compliqués; par exemple prendre un chapeau, une canne, une pièce de monnaie et les remettre à un des assistants, etc. Tantôt ce sont des *hallucinations :* on lui fait voir des personnes absentes; non seulement elle les voit, mais encore cause avec elles et s'étonne de ce qu'elles ne lui répondent pas. Tantôt enfin ce sont des *paralysies :* si on lui suggère d'être paralysée d'un bras, au réveil elle se trouve paralysée de ce bras; mais cette paralysie n'est pas simple, elle s'accompagne de contracture et d'anesthésie limitées à ce membre, et souvent aussi de douleurs vives. Quelquefois la paralysie suggérée ne se limite pas au membre désigné, mais elle frappe à la fois les deux membres du même côté, elle affecte alors le type hémiplégique et s'accompagne toujours de contracture et d'anesthésie.

Les suggestions réussissent d'autant mieux que les ordres donnés sont plus simples et qu'ils doivent être aussitôt mis à exécution. Elles réussissent moins bien quand ces ordres sont compliqués et qu'ils doivent s'exécuter à une échéance plus ou moins longue. Ainsi, un jour M. Mossé lui suggère de dérober une pièce de cinq francs, de la cacher sous son traversin et de la rendre le lendemain au chef de clinique; elle exécute bien la première partie de l'ordre, elle prend la pièce, la cache sous son traversin, mais elle oublie de la restituer le lendemain; pour faire exécuter cette seconde partie de l'ordre, il fallut la lui rappeler à plusieurs reprises pendant le sommeil.

Dans l'état de veille, en effet, F... ne se rappelle nullement des ordres donnés pendant l'état de sommeil, alors même qu'elle vient de les exécuter; tout ce qui se passe pendant la période hypnotique reste à l'état de lacune dans sa mémoire. Au contraire, dans l'état de sommeil, elle se rappelle tout ce qui s'est passé dans les sommeils précédents, les ordres donnés, les ordres exécutés; non seulement cela, mais encore les événements qui ont eu lieu à l'état de veille, de sorte que sa mémoire est plus étendue que dans la période de réveil.

Un exemple bien frappant de l'oubli complet au réveil des phénomènes qui se passent pendant le sommeil et pendant l'exécution des ordres suggérés est le suivant : M. Mossé lui suggère un jour qu'elle va voir son mari pour lequel elle a une haine implacable, et qu'elle lui demandera pardon ; elle proteste avec indignation contre un pareil ordre, que l'on maintient malgré ses protestations. On l'éveille, elle se lève et s'apprête à sortir de la salle où elle se trouve, quand tout à coup ses yeux deviennent hagards, prennent une expression de terreur profonde, elle tombe à genoux, s'écrie : « Ah! misérable! » puis est prise d'un véritable accès de désespoir, dans lequel elle s'arrache les cheveux, déchire son bonnet, enfin elle tombe en attaque. On la réveille alors et, au sortir de cette scène dramatique, on la trouve souriante comme d'habitude, et, quand elle aperçoit son bonnet déchiré, elle se demande si ce n'est pas une mauvaise plaisanterie qu'on a voulu lui faire.

Certaines suggestions peuvent s'adresser aux fonctions organiques, dans lesquelles pourtant il semble que l'imagination ne semble jouer aucun rôle. Ainsi M. Mossé suggère à la malade qu'on va la purger avec de l'eau de Sedlitz : on lui fait boire une bouteille remplie d'eau pure et elle va une dizaine de fois à la garde-robe.

Nous croyons inutile d'insister davantage: les exemples que nous venons de citer montrent suffisamment combien F... est accessible aux suggestions de tout ordre. Au bout de quelques jours de séjour, son caractère capricieux ne lui permettant que difficile-

ment de se plier à la discipline de l'hôpital, elle demande à sortir. (25 juin.)

Bien qu'elle ne soit plus à l'hôpital, on peut continuer à l'observer, M. Mossé la faisant venir de temps en temps au laboratoire de la clinique : on apprend ainsi qu'elle a toujours des métrorrhagies abondantes qui l'affaiblissent beaucoup, qu'elle est sujette à de fréquentes attaques de sommeil se prolongeant quelquefois une dizaine d'heures et s'accompagnant souvent de chutes sur le côté droit.

Le 1er septembre, elle allait travailler en journée lorsqu'en passant devant la porte de l'hôpital, elle se sent fatiguée : elle entre alors dans l'hôpital, mais à peine entrée elle tombe en attaque de sommeil. Appelé pour la réveiller, nous lui ordonnons, malgré ses protestations, de revenir le jeudi suivant, 4, à 3 heures et demie du soir, au laboratoire de la clinique.

Le 4, elle arrive à l'heure fixée et à l'endroit désigné, et à peine arrivée tombe endormie. Nous profitons de son sommeil pour lui défendre d'avoir de nouvelles attaques spontanées et pour lui ordonner de revenir le 11 à la même heure.

Le 11, elle arrive à l'heure dite. Un élève qui est chargé de l'observer pendant sa venue la voit marcher imperturbablement droit devant elle comme une véritable somnambule. C'est, en effet, dans un état analogue qu'elle vient ; voici à ce sujet ce qu'elle raconte : soit la veille au soir, soit le matin même du jour où elle doit venir, elle s'endort et ne se réveille que quelques instants avant l'heure de sa venue, juste le temps de s'habiller et de faire la route.

A peine arrivée dans le laboratoire, elle tombe en attaque. Interrogée sur ce qui s'est passé depuis huit jours, elle raconte que, conformément à l'ordre, elle n'a pas eu de crise hypnotique, sauf celle qui a précédé sa venue ; mais à 11 heures du soir, heure à laquelle ces crises se produisent, elle était prise de violents frissons avec tremblement généralisé, à la suite desquels elle se trouvait anéantie, incapable de rien faire et beaucoup plus fatiguée qu'après ses attaques spontanées,

Pendant son sommeil, prenant une feuille de papier blanc, nous lui suggérons qu'il y a là le portrait de M. Mossé et qu'elle le reconnaîtra parfaitement. Nous remettons le papier sur la table, et nous la réveillons par la compression ovarique. Quand elle est éveillée, nous voyons son regard se fixer sur la feuille de papier et quand nous lui demandons ce qu'elle regarde, elle nous répond : « Le portrait de M. Mossé ; oh ! qu'il est ressemblant. » Comme d'habitude elle retombe ensuite dans son attaque spontanée. Nous lui ordonnons alors de revenir dans huit jours à la même heure

et de n'avoir plus ni attaques de sommeil, ni accès de tremblement.

Le 18, elle revient à l'heure fixée. Nous essayons l'action de l'électricité pendant le sommeil et nous pouvons nous convaincre que, si elle est anesthésique, elle a parfaitement conservé sa contractilité électrique: un courant faradique, appliqué sur les muscles de la face, les fait parfaitement contracter.

L'application de l'aimant et de la main, produisent toujours les mêmes effets, que nous avons précédemment signalés. Par suggestion, on lui donne une paralysie du membre supérieur gauche, avec contracture et anesthésie, suivie de l'apparition du Dr Bringuier qui la guérit.

Enfin on lui ordonne de revenir le 26, et dans l'intervalle de ne plus avoir de ces accès de tremblement qui ont remplacé les crises hypnotiques et qui la fatiguent beaucoup.

Le 26, elle revient suivant l'ordre donné. Elles nous apprend que ses attaques habituelles de sommeil l'ont reprise et qu'elle n'a plus eu d'accès de tremblement.

M. le professeur Grasset étant survenu pendant qu'elle est endormie, elle le reconnaît parfaitement à la voix et engage la conversation avec lui. On essaie alors sur elle la suggestion *négative:* M. Grasset lui dit qu'une fois éveillée elle ne verra plus M. Brousse qui était là tout à l'heure, qu'il sera parti, mais qu'elle verra M. Mossé. Une fois réveillée, bien que M. Brousse soit devant elle, elle ne le reconnaît pas, le prend pour M. Mossé et à ce titre lui adresse la parole. Celui-ci lui ayant répondu, elle reconnaît que c'est la voix de M. Brousse, et s'en étonne beaucoup: « D'où vient, dit-elle, que j'entends M. Brousse, que je ne vois pas et que M. Mossé qui est devant moi ne me parle pas. » Cela dit, elle retombe dans l'attaque de sommeil, comme après l'accomplissement de toute suggestion.

Pendant quelle est endormie, nous lui ordonnons de revenir à la clinique le 6 novembre, mais auparavant de se rendre le mardi, 30 courant, chez M. Grasset, à 4 heures et demie du soir; elle proteste beaucoup contre un pareil ordre, dit qu'elle ne l'exécutera pas, mais nous le maintenons énergiquement.

Le 30, nous nous rendons quelques minutes avant l'heure fixée chez M. Grasset, où se trouvent déjà réunis MM. les professeurs Estor, Jaumes, Dumas, etc. A 4 heures et demie précises, F... arrive, et à peine arrivée, tombe endormie. Interrogée pendant son sommeil sur l'endroit où elle se trouve, après quelques hésitations, elle reconnaît se trouver chez M. Grasset et dit y avoir été envoyée par M. Brousse. On lui demande comment elle a fait pour venir, elle répond qu'elle s'est endormie le matin au moment d'aller travailler à la journée, qu'elle s'est réveillée juste au moment de venir; ne sachant pas l'adresse de M. Grasset, elle l'a

demandée, on lui a dit, rue Basse, 6, mais dans la rue qu'on lui a indiqué elle n'a pas trouvé ce nom sur la plaque (il venait d'être récemment changé en celui de Jean-Jacques Rousseau); elle arrive pourtant à la porte de M. Grasset, demande l'étage où il loge, on lui dit le second, elle monte l'escalier mais par erreur va jusqu'au troisième; ce n'est qu'en entendant parler au second qu'elle descend à l'étage voulu et sonne.

On la réveille par la compression de l'ovaire: une fois éveillée, elle est tout étonnée de se trouver dans le cabinet de M. Grasset, ne se rend pas même bien compte au premier abord de l'endroit où elle se trouve; quand on lui demande pourquoi elle est venue, elle répond qu'elle n'en sait rien et s'excuse de déranger M. Grasset.

On répète l'expérience de la suggestion négative, qui réussit parfaitement comme la première fois. Il en est de même pour la suggestion d'une paralysie brachiale droite, laquelle s'accompagne de contracture et d'anesthésie étendue à tout le côté.

Pendant qu'elle est encore endormie, la malade rappelle que lors de sa dernière venue à la clinique, on lui a donné rendez-vous pour le 6 novembre et elle compte le nombre de semaines qui restent à courir jusqu'à ce jour.

Le 6 novembre 1884, plus d'un mois après l'ordre donné, F... arrive, à l'heure qui lui avait été désignée, au laboratoire de la clinique. Dès son arrivée, elle tombe endormie comme d'habitude.

Interrogée pendant son sommeil, elle ne se rend d'abord pas bien compte de l'endroit où elle se trouve, croit être en journée, puis finit par se rappeler qu'on lui avait donné l'ordre de venir. Elle raconte que la dernière fois, lorsqu'elle a quitté, parfaitement réveillée, la maison de M. Grasset, elle a eu beaucoup de peine à retrouver son chemin pour rentrer chez elle; ce qui prouve qu'elle avait oublié le chemin parcouru en venant. Les suggestions d'actes, d'images positives ou négatives réussissent comme par le passé. On lui ordonne de revenir le 15 à 4 heures du soir.

Le 15 novembre, elle revient conformément à l'ordre donné.

Pendant son sommeil, nous lui suggérons d'avoir une paralysie croisée du bras droit et de la jambe gauche; la paralysie croisée se produit parfaitement au réveil et s'accompagne pour chacun des membres de contracture et d'anesthésie. Nous lui ordonnons ensuite d'aller au fond de la salle voisine chercher une pièce de monnaie, qui se trouve sur une table, et de nous la rapporter, et elle l'exécute très fidèlement.

Pendant les diverses phases qui caractérisent le passage de l'état de sommeil au réveil complet, on peut en cessant la compression immobiliser le sujet les bras en croix; si on rapproche alors l'aimant d'un des bras, celui-ci se relève contre la tête.

Une fois réveillée, la malade nous raconte que depuis deux mois elle n'a plus ses règles, qui se sont supprimées à la suite d'un bain froid; depuis lors elle a fréquemment des poussées congestives vers la tête avec obnubilation de la vue. Nous lui prescrivons des pilules de Bontius.

Enfin il lui est ordonné de revenir le 21.

Le 21, elle revient et dès son arrivée tombe endormie. Pendant son sommeil, elle se plaint beaucoup, se dit très souffrante, ne répond que difficilement aux questions qu'on lui pose. Pour la réveiller, il faut une compression de l'ovaire plus énergique qu'à l'ordinaire; le réveil s'obtient péniblement. Une fois éveillée, elle se plaint d'être très fatiguée, d'avoir des douleurs vives dans la tête, de ne pouvoir travailler qu'avec la plus grande difficulté. Il lui est ordonné de revenir le 5 décembre.

Le 24, elle vient spontanément à la clinique pour nous consulter : depuis deux jours, la vue de son œil sain s'est tellement obscurcie qu'elle ne peut plus ni coudre ni lire. Un léger purgatif lui est prescrit, et ces accidents disparaissent au bout de quelques jours.

Le 5 décembre, elle revient, conformément à l'ordre donné antérieurement, et nous la présentons à M. le professeur Dupré. Nous répétons devant lui les expériences déjà faites qui réussissent parfaitement. Puis nous lui suggérons de donner, à son réveil, le bonjour à M. Dupré, qu'elle ne connait pas et qui se trouve dans la salle à côté. Réveillée par la compression ovarique, elle regarde d'abord si elle ne voit pas autour d'elle la personne qui lui a été désignée; ne la trouvant pas, elle va dans la salle voisine jusqu'à M. Dupré, auquel elle dit bonjour, et puis tombe en attaque. Il lui ordonne de revenir le 20.

Le 15, elle nous fait appeler : elle est plus fatiguée, elle présente des symptômes d'embarras gastrique compliqué d'une légère bronchite. Nous lui prescrivons un éméto-cathartique. En outre, nous l'endormons pour lui suggérer de ne venir que le 24, au lieu du 20.

Le 24, elle arrive à l'heure fixée. Pendant son sommeil, elle raconte que le 20, se conformant à l'ordre primitivement donné, elle est venue jusque dans la cour de l'hôpital, qu'alors elle s'est rappelée le contre-ordre et est rentrée chez elle où elle ne s'est réveillée qu'à 9 heures et demie du soir. A son réveil, elle s'est aperçue qu'elle dormait depuis la veille et qu'une cafetière qu'elle avait mise alors au feu s'était brûlée. Réveillée, elle dit se trouver mieux et la vue être redevenue plus claire. Il lui est ordonné de revenir le 15 janvier 1885.

Mais par suite de circonstances imprévues, nous la perdons de vue pendant quelque temps; seulement nous apprenons que d'autres médecins qui l'ont vu ont constaté les mêmes phénomènes que nous.

Ce n'est que le 30 mai 1885 que nous la revoyons. Elle nous raconte qu'elle n'a plus d'hémorrhagies utérines; mais elle souffre beaucoup de la tête, sa vue s'obscurcit et elle est sujette depuis quelque temps à de grandes attaques d'hystéro-épilepsie en dehors des attaques de sommeil qu'elle présente toujours.

Nous l'endormons, et nous constatons qu'on obtient toujours chez elle la reproduction des mêmes phénomènes; que les suggestions, tant positives que négatives, réussissent parfaitement. L'exécution de l'ordre suggéré se termine toujours par une attaque spontanée. Nous lui donnons rendez-vous pour le 13 juin.

Le 13 juin, elle arrive à l'heure fixée et tombe endormie en arrivant. Elle paraît très excitée et répond avec volubilité aux questions qu'on lui pose pendant son sommeil. Nous essayons sur elle diverses suggestions.

Nous lui suggérons d'abord d'aller prendre cinq francs dans la poche d'une personne qui se trouve dans la salle à côté et de nous les rapporter; elle proteste avec force contre un pareil ordre, dit qu'elle n'est pas une voleuse, etc.; nous persistons dans notre ordre, et nous la réveillons. Après un moment d'hésitation, elle se lève, va dans la salle à côté à la recherche de la personne désignée, prend cinq francs dans son gousset et nous les rapporte; quand elle nous les a remis, elle tombe en attaque.

Nous lui suggérons ensuite qu'à son réveil elle ne nous trouvera plus. Une fois réveillée, bien que nous soyons devant elle, elle reste plus d'un quart d'heure sans nous voir, bien qu'elle reconnaisse notre voix, se fâche contre ceux qui lui disent que nous sommes devant ses yeux, enfin se précipite sur nous pour voir si nous ne sommes pas cachés derrière et d'où vient notre voix, et tombe.

Puis nous lui faisons apparaître M. Grasset : elle cause avec lui, le questionne, s'étonne qu'il ne lui réponde pas; un élève ayant voulu parler pour lui, elle reconnaît que ce n'est pas sa voix, se fâche, se précipite en avant, et tombe. Enfin nous lui faisons voir sur une feuille de papier blanc la photographie de M. Mossé qu'elle reconnaît parfaitement. Après l'exécution de toutes ces suggestions, nous avons beaucoup de difficultés à la réveiller complètement.

Le 15 juillet, on vient nous appeler pour aller la réveiller dans son domicile. Nous la trouvons en grande attaque d'hystéro-épilepsie, avec phénomènes tantôt de contracture, tantôt de grands mouvements; dans ses diverses attitudes, elle fait souvent l'arc de cercle. Elle est depuis plusieurs heures dans cet état, pousse des cris et a des mouvements désordonnés qui obligent à la maintenir, pour l'empêcher de tomber de son lit. Ce n'est qu'avec beaucoup de peine et par une compression ovarique longtemps prolongée que nous arrivons à la réveiller. Elle nous dit que de-

puis quelque temps elle est sujette à de fréquentes attaques de ce genre, bien que les crises hypnotiques n'aient pas disparu. En outre sa vue s'est beaucoup troublée, au point de lui rendre la couture impossible. Nous lui prescrivons du bromure de potassium.

Depuis cette époque, elle échappe pendant plus d'un an à notre observation, mais nous savons par les médecins (MM. Bringuier et Mossé) qu'elle va consulter de temps en temps qu'elle est toujours dans le même état.

Se trouvant plus fatiguée depuis quelque temps, F... se décide à rentrer le 24 novembre 1886 dans le service de Clinique médicale de M. le professeur Grasset[1].

Elle accuse une grande fréquence des crises hypnotiques qui remplaceraient presque complètement le sommeil naturel. En même temps elle présente des phénomènes congestifs du côté de la tête, s'accompagnant de troubles de la vue, qui lui rend difficile tout travail un peu délicat comme celui de la couture.

Observée attentivement pendant son attaque de sommeil, on voit qu'elle présente absolument les mêmes caractères que ceux précédemment observés, qu'elle s'accompagne toujours de contractures généralisées, que l'ouïe est conservée, que cela permet de lui donner des suggestions pour le réveil, mais qu'il est toujours impossible de lui faire rien exécuter pendant le sommeil; enfin que les phases du réveil, déterminé par la compression d'un des points hystérogènes, sont toujours les mêmes.

En ce qui concerne les points hypnogènes, ils siègent toujours dans les mêmes régions, mais ils sont devenus symétriques; tandis qu'autrefois ils siégeaient plutôt à droite, aujourd'hui on les trouve également des deux côtés, et la compression des régions ovarienne, sous-mammaire et scapulaire gauches détermine le sommeil aussi bien que la compression des régions symétriques du côté droit. Ces points hypnogènes sont en même temps *hypnofrénateurs,* car, une fois le sommeil produit, c'est par leur compression qu'on détermine le réveil.

Nous avons déjà vu que si on cesse la compression avant que le réveil soit complet, on peut immobiliser le sujet dans une des positions qui caractérisent les phases du réveil; pour continuer à produire le réveil, il n'est pas nécessaire de comprimer le même point hypnofrénateur, le réveil se continue par la compression d'un point hypnofrénateur quelconque.

On essaie à plusieurs reprises de lui faire exécuter des actes pendant son sommeil: elle croit toujours les exécuter mais n'en

[1] Rédigé d'après les notes du Dr Sarda, chef de clinique.

exécute aucun. Cela se comprend facilement si l'on se rappelle que dans le sommeil elle est en contracture permanente et ne peut remuer aucun membre. M. Grasset lui ordonne alors plusieurs fois de s'endormir sans contractures; mais on ne peut l'obtenir; une seule fois on obtient qu'elle s'endorme avec les bras allongés le long du corps, au lieu d'être croisés sur la poitrine, mais il y a toujours contracture généralisée.

On obtient par suggestion qu'elle n'ait plus de crises nocturnes et qu'elle dorme d'un sommeil naturel. On obtient de même qu'elle prenne des bains sans s'y endormir, comme cela lui arrivait antérieurement.

Le 20 décembre, M. Grasset lui ordonne de s'endormir l'œil ouvert et en y voyant. Le sommeil est provoqué par un des procédés habituels, mais il est plus long à se produire qu'à l'ordinaire.

En outre, ce n'est pas l'attaque habituelle de sommeil qui se produit, mais une attaque spéciale qui a lieu chaque fois que l'ordre donné n'est pas exécuté ou que la malade est contrariée: dans cette attaque il y a bien perte de connaissance et contracture généralisée, mais les bras sont en croix, le corps est en arc de cercle, de plus il paraît y avoir abolition de l'ouïe et de l'intelligence, car elle ne répond pas aux questions qu'on lui fait. L'ordre de s'endormir l'œil ouvert, répété les jours suivants, donne toujours le même résultat.

28. — M. Grasset essaie sur F... pendant son sommeil l'influence de la suggestion mentale : il lui ordonne de penser à la même personne que lui. Elle semble deviner d'abord, mais ce n'était là qu'un phénomène de hasard, car l'expérience, répétée au sujet d'autres personnes échoue absolument. Il lui ordonne alors d'exécuter l'ordre mental à son réveil. Mais dès que celui-ci est produit, elle retombe en attaque, les bras en croix.

31. — M. Grasset découvre un nouveau point hypnogène au niveau du poignet droit. En comprimant ce poignet, on l'endort; quand elle est endormie, on la réveille de même par la compression du poignet. Avec le poignet gauche, on obtient les mêmes effets.

3 *janvier* 1887. — On essaie de l'endormir par la compression de l'avant-bras gauche, mais ce moyen échoue. On l'endort alors par la pression du poignet, et, pendant son sommeil, on lui suggère de s'endormir par la pression de l'avant-bras gauche. Une fois éveillée, on comprime l'avant-bras, et cette fois-ci la malade s'endort.

5. — Pendant le sommeil provoqué, on lui ordonne d'éternuer quatre fois au réveil et de dire bonjour après. Au réveil, elle n'exécute pas l'ordre et tombe dans une attaque avec les bras en croix.

8. — On découvre une nouvelle zone hypnogène, ce sont les

chevilles : par leur compression, on obtient soit le sommeil, soit quand celui-ci est déjà produit, le réveil.

10 — On l'endort par ordre, en lui disant à plusieurs reprises : « Dormez. » Une fois endormie, on essaye de faire contracter son facial en l'excitant avec la pointe d'un crayon, mais on ne peut y parvenir. Seulement la malade se plaint, comme si elle souffrait, et accentue son arc à concavité droite, et finalement passe au second type d'attaque, les bras en croix. Si alors on comprime le poignet ou tout autre point hypnogène, on la ramène à l'attaque primitive de sommeil.

14. — On l'endort par la pression du poignet gauche et on lui ordonne de s'habiller à son réveil, d'aller jusqu'au fond de la salle, de revenir et de se remettre au lit. Réveillée, elle se met à s'habiller et répond à M. Grasset qui lui en demande le motif : « J'ai quelque chose à faire, » trouve que c'est embêtant de s'habiller devant tout le monde; une fois habillée, elle se lève, va au fond de la salle, revient et tombe sur son lit. Au réveil, elle est tout étonnée de se trouver habillée sur son lit.

15. — M. Grasset, tout en lui comprimant le poignet gauche, lui dit qu'il ne veut pas qu'elle s'endorme; elle s'endort pourtant, mais un peu plus lentement que d'habitude. Pendant son sommeil, on lui ordonne d'aller le 18, à 8 heures du matin dire bonjour à M. Grasset à son entrée dans les salles.

17. — On l'endort par le tic tac de la montre approchée de son oreille.

18. — A 8 heures précises du matin, elle vient, suivant l'ordre reçu, dire bonjour à M. Grasset, qui se trouve aux premiers lits de la salle des femmes. Elle tombe immédiatement en crise de sommeil. On lui ordonne alors de venir saluer M. Combal le 1er mars.

21. — Endormie par ordre, on la fait passer par la compression du facial ou du vertex en crise du second type avec les bras en croix et l'abolition de la parole. On la ramène en crise du premier type par la compression du poignet.

22. — L'ayant endormie, M. Grasset lui ordonne de prendre le stéthoscope qu'il a dans la poche de son tablier, de le cacher dans son lit et d'accuser du méfait une de ses voisines. Au réveil, après quelques hésitations, elle n'obéit pas et tombe en crise du second type, que l'on transforme en crise de sommeil par la compression du poignet.

24. — On applique à l'index droit de la malade l'*hypnoscope* du Dr Ochorowitz : c'est un aimant contourné en forme de bague. Au bout de quelques instants, on constate qu'il s'est produit une anesthésie complète de ce doigt s'étendant à toute la main et même à l'avant-bras, et s'accompagnant de fourmillements et de raideur dans le doigt. Quelques jours après, nous appliquons un

hypnoscope semblable, mais non aimanté, et obtenons les mêmes résultats. (Voir la Note publiée par l'un de nous sur ce point dans la Revue de l'hypnotisme.)

25. — La trouvant endormie, on l'éveille par ordre. Le réveil se produit de la même façon qu'à la suite de la compression d'un point hypnogène: il faut maintenir moralement tout le temps jusqu'à ce qu'elle arrive au réveil complet; sinon, elle s'immobilise dans une des phases du réveil. Cela indique que si, dans cette période, elle ne peut parler, du moins elle entend.

26. — Nouvelle application de l'hypnoscope au pouce droit, qui donne les mêmes résultats que précédemment.

Pendant que l'hypnoscope est en place, on comprime le poignet droit, impossibilité de produire le sommeil, mais celui-ci est produit très facilement par la compression du poignet gauche.

Pendant le sommeil on lui donne l'ordre de décroiser les mains et les pieds, et elle l'exécute parfaitement. Mais il n'en est pas de même quand on lui ordonne d'ouvrir l'œil: elle a alors une crise du second type comme chaque fois qu'on lui donne un ordre qu'elle ne peut exécuter. On transforme cette crise en crise ordinaire par la compression de l'ovaire, et on l'éveille par ordre.

28. — Elle demande son exeat, qui lui est accordé. Mais auparavant, on l'endort et on lui suggère de venir saluer M. Grasset dans les salles le 15 février.

Cet ordre est exécuté à jour fixe ainsi que celui donné le 18 janvier pour le 1er mars.

Avant toute tentative d'hypnotisation notre malade était hystérique. Il est intéressant d'étudier d'abord sa névrose *spontanée;* nous parlerons ensuite des phénomènes *provoqués* et nous pourrons enfin comparer les deux ordes de symptômes.

I. L'étiologie de l'hystérie est banale et classique chez F... L'hérédité est à la fois diathésique (tuberculeuse chez la mère, arthritique chez le père) et névropathique (nervosisme chez la mère, asthme et apoplexie cérébrale chez le père). A cela s'ajoutent une mauvaise éducation donnée par le père qui laisse se développer un caractère capricieux et entêté, quelques troubles de menstruation, un mariage (très jeune) à un homme qu'elle n'aime pas, un grand nombre de gros-

sesses rapprochées, l'adultère, le procès, la prison, les métrorrhagies et la cellule... L'hystérie se développe graduellement et éclate bruyamment en 1883 par des *attaques* à caractères spéciaux.

Ces attaques ne représentent pas le tableau de la crise hystérique vulgaire.

F... dort, son œil unique fermé, le pouls et la respiration calmes, sans une convulsion clonique, ni un mouvement. La sensibilité est absolument abolie dans tous ses modes généraux. Le corps tout entier est en contracture généralisée : les mains fortement enlacées et croisées derrière le dos, les deux jambes en extension complète, le pied gauche sur le pied droit; le corps entier ne forme qu'une barre rigide. Les muscles de la tête échappent seuls à cette contracture. Les sens paraissent éteints; mais l'ouïe est conservée, ainsi que la parole. Elle entend tout ce qu'on lui dit, répond et soutient une conversation suivie... Ce sont là des *attaques de sommeil*.

Les crises de sommeil, bien étudiées par Briquet (*Traité de l'hyst.*), Bourneville et Regnard (IIIe vol. de l'*Iconogr. de la Salpêtrière*), Richer (*Traité de l'hystéro-épilepsie*) et Pitres (*Leçons cliniques* de 1885), ne sont pas très fréquentes et leur description présente encore quelque confusion.

Briquet en décrit trois espèces qu'il considère comme des degrés de la même modification pathologique : sommeil, coma et léthargie. Dans le premier type, c'est l'aspect du sommeil naturel avec résolution des membres, dans le deuxième, au sommeil s'ajoutent des phénomènes convulsifs ordinairement toniques dans la face et les membres et des signes de conges-

tion cérébrale avec gêne de la respiration et dureté du pouls; dans le troisième, il y a mort apparente.

Richer appelle tout cela de la léthargie et distingue: 1° l'attaque de léthargie simple (c'est l'attaque de sommeil de Briquet); 2° l'attaque de léthargie avec mort apparente (c'est l'attaque de léthargie de Briquet); 3° l'attaque de léthargie compliquée: *a*, de contractures partielles ou généralisées (c'est l'attaque de coma de Briquet); *b*, de l'état cataleptiforme.

L'attaque de notre malade, qui est un type très fixe toujours le même, ne rentre dans aucune des divisions de Briquet. Ce n'est pas du sommeil simple, puisqu'il y a des contractures; ce n'est pas du coma, puisqu'elle entend et cause; ce n'est pas de la léthargie, puisqu'il n'y a pas mort apparente.

Le mieux est d'appeler tout cela des attaques de sommeil en ajoutant ensuite à ce mot l'énumération des symptômes caractéristiques présentés par le malade. Chez F... le premier caractère de ces crises de sommeil c'est la *contracture généralisée.*

Bourneville et Regnard parlent peu des contractures dans les attaques de sommeil: « Le corps et les membres, disent-ils, offrent des alternatives de rigidité et de souplesse, ou bien sont toujours rigides; les mâchoires sont parfois contracturées. Les malades ont des secousses. » Cela ne s'applique guère à notre cas.

Barth n'en dit pas plus (th. d'agrégation) et parmi les observations qu'il cite, aucune n'est comparable à celle de F... Richer, au contraire, consacre un paragraphe spécial à ce qu'il appelle l'attaque de léthargie compliquée de contractures partielles ou généra-

lisées. Des trois observations qu'il donne, deux se rapprochent suffisamment de la nôtre : une de lui, une du Dr Alexandre (de Livry). Notons, comme différenciant notre cas, l'absence d'hyperexcitabilité neuromusculaire (nous reviendrons plus loin sur ce caractère), tandis que Richer a constaté cette hyperexcitabilité dans ses observations (à un moindre degré du reste que dans la léthargie provoquée).

L'*anesthésie* généralisée, que présente ensuite notre malade, n'est pas un caractère qui lui soit propre : elle appartient à toutes les attaques de sommeil.

Pour l'*intelligence*, elle est en général conservée dans les attaques de sommeil. Seulement, beaucoup de malades (celles de Richer notamment) parlent, mais sans entendre; elles causent seules, sans répondre. Au contraire, celle de Pitres est très semblable sur ce point à la nôtre. Interpellée sur ce qu'elle pense, elle répond : « A rien »; mais, dès qu'elle y est sollicitée, elle soutient une conversation régulière et suivie, comme F...

Seulement la différence entre F... et Albertine de Pitres, c'est que celle-ci n'a aucune contracture, elle fait ce qu'elle veut de ses muscles; à tel point que Pitres établit un parallèle entre l'état de ses muscles et l'état de son intelligence.

Notre malade a donc les muscles comme celles de Richer et l'intelligence comme celle de Pitres. D'où la nécessité de ne pas faire d'avance des types trop absolus, des schemas qui généralisent trop les cas particuliers. Il vaut mieux énoncer dans chaque cas la caractéristique clinique de l'attaque de sommeil. Ainsi chez F... il y a des attaques de sommeil avec contrac-

tures fixes généralisées, conservation de l'ouïe et de l'intelligence et perte de la conscience musculaire.

En dehors de ces attaques, que nous appellerons « attaques du premier type », F... en présente d'autres un peu différentes.

L'anesthésie et les contractures sont les mêmes; l'attitude est différente : dans le second type, les bras sont en croix et le corps tout entier est en arc. Mais la différence capitale est dans l'état de l'ouïe et de l'intelligence. Tandis qu'elle entend et parle dans l'attaque du premier type, elle n'entend ni ne parle dans l'attaque du second.

On pense immédiatement à rapprocher cette attaque des grandes attaques hystéro-épileptiques. Elle reproduit évidemment une partie de l'attaque de la Salpêtrière. Mais quelle partie de cette attaque classique reproduit-elle?

Richer, qui étudie les attaques de contractures parmi les variétés de la grande attaque, les rattache à la quatrième période, comme les attaques de délire. Et en effet, dans cette quatrième période de l'attaque complète, il y a quelquefois aussi des contractures. Nous trouvons cependant chez notre sujet des objections sérieuses à la manière de voir de Richer.

D'abord, chez F... il n'y a aucune trace de clonisme, de clownisme, de contorsions, de délire : rien de cela. D'emblée, elle perd connaissance et s'immobilise en extension avec crucifiement et arc de cercle. Cela paraît donc plutôt être une attaque réduite à sa première période, à la phase tonique de la période épileptoïde.

Du reste, un caractère capital montre que les attaques de contractures décrites par Richer ne correspondent pas exactement aux nôtres. « Un des caractères les plus remarquables de ces sortes d'attaques de contractures, dit Richer, est la *conservation complète de l'intelligence,* qui permet au malade de se rendre parfaitement compte de toutes ses impressions pendant tout le temps que dure l'attaque. » Or, ici, chez F... c'est absolument le contraire : l'intelligence est abolie, la perte de connaissance est absolue. C'est cette intégrité de l'intelligence chez ses malades qui fait classer par Richer les attaques de contractures dans les variétés de la quatrième période de la grande attaque et c'est cette disparition de l'intelligence chez notre malade qui nous fait plutôt classer son attaque dans les variétés de la première période.

Ceci a donc une certaine portée nosologique. En dehors des attaques de contractures se rattachant à la quatrième période, il faut admettre des attaques de contractures se rattachant à la première. C'est à ce type qu'appartient F...

Quoi qu'il en soit, l'important est de rappeler que les attaques spontanées de F... se ramènent à deux types. Dans les deux, il y a sommeil, contractures généralisées et anesthésie sur tout le corps. A côté de ces caractères communs, dans l'attaque du premier type, l'ouïe et la parole sont conservées, tandis que dans l'attaque du second type, l'ouïe et la parole sont abolies. Au fond, ces deux types d'attaque peuvent être considérés comme deux degrés.

En dehors de ces deux types d'attaques, qui sont

de beaucoup les plus fréquentes, nous avons vu quelquefois chez notre malade de grandes attaques hystéro-épileptiques complètes, dont on trouvera la description dans l'observation et qui prouvent la parenté de toutes ces formes symptomatiques.

Ces courtes réflexions nous paraissent démontrer que déjà la névrose *spontanée* de notre malade n'est pas absolument banale dans son histoire clinique. Passons maintenant à l'étude de la névrose *provoquée* ou *expérimentale*.

II. — Nous endormons très facilement F... par divers procédés : 1° la fixation du regard : en la regardant fixement dans son œil unique, on l'endort très vite ; on réussit alors même qu'elle résiste et ne veut pas s'endormir ; 2° la suggestion : sans la regarder, en feuilletant le cahier de visite, nous lui disons impérativement : « Dormez ! — Pourquoi dormirais-je ? je n'ai pas sommeil. – Dormez ! » — Elle résiste encore un peu et puis s'endort ; 3° la compression des zones hypnogènes qui sont situées chez elle dans les régions ovariennes, aux deux poignets, sous les deux seins, à la pointe des deux omoplates, aux deux chevilles.

Remarquons en passant que ces faits prouvent l'exagération dans laquelle est tombée l'Ecole de Nancy en disant que tous les procédés pour endormir reviennent à la suggestion. Sans doute par la suggestion nous endormons très bien F..., comme Liébeault et Bernheim le font sur leurs sujets. Mais quand nous la fixons, il n'est pas nécessaire de lui ordonner de dormir. Nous avons même réussi à l'endormir par la fixation du

regard, après lui avoir défendu avec autorité de se laisser endormir.

Mais la suggestion est encore plus nettement absente dans la compression de ces zones hypnogènes, bien étudiées par Pitres chez ses malades et faciles à retrouver ici. Tout en causant avec elle de n'importe quoi, vous prenez son poignet et vous le serrez; elle tombe à la renverse endormie. Absolument de la même manière, pendant une conversation analogue, vous comprimez une autre partie du bras; elle ne s'endort pas. Nous concluons donc qu'il est inexact de vouloir avec l'école de Nancy ramener à la suggestion tous les procédés d'hypnotisation; c'est inexact au moins pour notre malade et par suite on ne peut plus donner cela comme une loi.

Les trois ordres de moyens d'hynotisation que nous venons de distinguer, conduisent du reste notre malade au même état, à la même crise, au même sommeil.

Nous caractériserons d'un seul mot ce sommeil provoqué, en disant qu'il reproduit absolument le premier type de sommeil spontané que nous avons décrit. Elle dort l'œil fermé, avec une anesthésie de tout le corps et des contractures généralisées. Elle n'y voit pas, entend très bien, cause et répond, ne se croit pas endormie, ne peut pas remuer, mais croit le faire, et a perdu complètement le sens musculaire. La seule différence (insignifiante du reste) c'est qu'elle a les mains croisées sur le ventre, tandis que dans l'attaque spontanée elles sont croisées derrière le dos.

Il est intéressant de démontrer que notre malade ne rentre pas du tout dans le cadre du grand hypnotisme,

magistralement étudié et décrit à la Salpêtrière. Un premier caractère capital, qui différencie absolument notre cas, c'est que nous obtenons d'emblée toujours la même forme de sommeil. La cause provocatrice est indifférente : par la suggestion, par la fixation du regard, par la pression des zones hypnogènes, nous arrivons toujours au même type. Et cela est vrai depuis le début, depuis les trois ans qu'on observe la malade. Ce n'est donc pas le résultat de l'éducation. On remarquera que nous réalisons cependant très bien les conditions requises pour obtenir les mêmes résultats qu'à la Salpêtrière.

« Pour retrouver ces états chez un sujet neuf, disent Binet et Féré (*Magnétisme animal*), il faut se placer dans les mêmes conditions que les expérimentateurs de la Salpêtrière ; ces conditions, nous les avons déjà signalées ; elles sont au nombre de deux : 1° il faut opérer sur le même genre de sujets, c'est-à-dire sur des hystéro-épileptiques ; 2° il faut employer les mêmes procédés opératoires, c'est-à-dire les procédés les plus simples, fixation du regard, pression du vertex, rayon électrique, etc. Tout changement introduit dans une de ces deux conditions altère les conditions des expériences et par conséquent modifie les résultats. » Nous remplissons bien ici ces deux conditions ; notre malade est une grande hystérique et on l'endort par des moyens très simples (fixation du regard).

Les mêmes auteurs ajoutent : « Il faut admettre que, même en agissant sur des hystéro-épileptiques, on obtiendrait des résultats différents de ceux de M. Charcot, si on soumettait les malades à un *modus operandi* différent, si, en d'autres termes, on leur

donnait une éducation hypnotique différente. »

Ici, on ne peut pas nous accuser de cela. Il n'y a pas d'éducation hypnotique du tout. Dès le début et sans parti pris, on a toujours observé les mêmes phénomènes qu'aujourd'hui et depuis lors, on n'a pour ainsi dire obtenu aucun changement par l'éducation.

Nous l'avons cependant essayé. Qu'avons-nous obtenu ? Elle s'endort peut-être plus facilement qu'au début ; voilà tout. Nous avons voulu, par suggestion, soit à l'état de veille, soit dans le sommeil, obtenir le sommeil sans contractures : cela a été impossible. Nous avons obtenu qu'elle eût les bras le long du corps au lieu de les croiser sur le ventre : mais tout le corps était toujours contracturé. Nous avons obtenu artificiellement que l'œil restât ouvert ; mais elle n'y voyait pas plus pour cela. Tout le reste de l'ensemble symptomatique n'avait changé en rien.

Donc, rien n'est dû ici à l'éducation hypnotique. Notre malade constitue un excellent sujet pour l'étude des phénomènes somatiques fixes de l'hypnotisme.

Il est donc déjà curieux de ne pas trouver ici le premier caractère du grand hypnotisme de la Salpêtrière : l'existence de trois états différents suivant le mode d'hypnotisation et le passage possible d'un de ces états à l'autre.

Voilà une première grande différence qui suffirait à placer notre malade en dehors du cadre de la Salpêtrière. De plus, non seulement notre malade ne présente pas les trois états de la Salpêtrière, mais elle n'en présente aucun. L'attaque de sommeil provoqué, telle qu'elle la présente, ne peut être assimilée ni à la

catalepsie, ni à la léthargie, ni au somnambulisme provoqué du grand hypnotisme.

Les différences avec l'état cataleptique sont nombreuses : F... a les yeux fermés et non ouverts, il n'y a pas résistance aux mouvements passifs, il y a impossibilité absolue de déplacer les membres; la vue et le sens musculaire sont abolis ; enfin il est impossible de développer chez elle des impulsions automatiques et des actes en rapport avec des hallucinations provoquées.

On ne peut donc pas dire que F... est en catalepsie; on ne peut pas plus dire qu'elle est en léthargie.

Le caractère distinctif essentiel est la présence dans notre cas de contractures généralisées au lieu de résolution musculaire; ses membres sont dans un état précisément opposé à celui des membres mous, flasques et pendants de la léthargique. De plus, l'hypérexcitabilité neuro-musculaire manque ici d'une manière complète. Nous avons cependant beaucoup recherché ce phénomène et cette recherche même nous a conduits à constater quelques faits curieux.

L'excitation du cubital ou d'un autre nerf des membres par les procédés classiques de Charcot et Richer ne produit rien. L'excitation du facial à sa sortie du crâne derrière l'oreille ne produit pas de contracture ni de contraction, même passagère des muscles de la face; mais elle n'est cependant pas sans effet ; la malade se plaint (plainte inarticulée) comme si elle souffrait, se met en arc à concavité droite (quel que soit le facial qu'on comprime), et souvent, étend ses bras en croix ; en tout cas, on ne peut plus en faire entendre ni la faire parler.

La compression du facial est donc un procédé pour

la faire passer du premier au second type de l'attaque spontanée, du premier au second degré de son sommeil pathologique. On peut déterminer le passage inverse et revenir du second au premier degré en comprimant une des zones hypnogènes, qui sont en même temps hypnofrénatrices. On voit que tout cela est fort intéressant. Mais il n'y a rien là qui ressemble à l'hypérexcitabilité neuro-musculaire. F... n'est donc pas en léthargie. Est-elle en somnambulisme provoqué?

Nous avons essayé la pression sur le vertex (moyen classique de passer au somnambulisme provoqué); l'effet a été absolument semblable à celui que nous avions obtenu par la compression du facial : elle est passée du premier au second type, du premier au second degré.

Les différences avec l'état de somnambulisme provoqué sont nombreuses : il y a des contractures fixes au lieu de résolution musculaire, il n'y a rien des contractures déterminées par les passes ou les frictions légères, rien de la rigidité cataleptoïde ou pseudocataleptique, et surtout rien de la possibilité de provoquer des actes automatiques simples ou compliqués. En somme, F... ne présente aucun des trois états du grand hypnotisme. On ne peut même pas parler ici de ces phases intermédiaires ou de ces états mixtes, qu'ont étudiés Dumontpallier et Magnin, Pierre Janet et d'autres.

Il y a chez F... deux éléments qui n'existent dans aucun des états décrits à la Salpêtrière et qui par conséquent la différencient complètement : c'est l'état de la motilité et l'état mental.

Pour la motilité, il y a des contractures fixes qui im-

mobilisent le corps et qui ne rappellent ni la catalepsie, ni la résolution musculaire, ni les contractures provoquées. Pour l'état mental, il y a une impossibilité très remarquable à faire rien exécuter pendant le sommeil : la suggestion post-hypnotique est facile, la suggestion intra-hypnotique impossible. Notre malade ne rentre donc pas dans les descriptions de la Salpêtrière. Rentre-t-elle mieux dans celles de Nancy? Encore moins, s'il est possible.

Comme degré de sommeil, c'est entre les cinquième et sixième degrés de Bernheim, qu'on pourrait classer l'attaque de F... Mais deux choses la différencient absolument de tous les types de Bernheim. D'abord elle a un état de la motilité (contractures) très net, toujours le même, et qui n'est pas le résultat de la suggestion : elle a des contractures même quand on lui suggère de n'en point avoir. C'est un phénomène antérieur et supérieur à la suggestion. Or, Bernheim n'admet que de la catalepsie suggestive, des contractures suggestives. En cela, notre malade permet de répondre à Bernheim dans le sens de la Salpêtrière : comme les malades de Paris, F... a des stigmates moteurs, des caractères cliniques somatiques fixes, autres que ceux qu'on lui suggère. C'est là un fait capital dans la discussion entre les deux écoles. En second lieu, la suggestibilité fait la base de tous les degrés de l'hypnotisme de Bernheim. Or, ici il n'y a rien de cela : F... n'est pas suggestible du tout. Aucune suggestion intra-hypnotique ne réussit. On ne peut lui rien faire faire pendant son sommeil.

Donc, en somme, notre malade ne rentre pour son

hypnotisme, par les caractères de son sommeil provoqué, ni dans les descriptions de la Salpêtrière, ni dans celles de Nancy, ni dans les variétés ou états intermédiaires de l'une ou l'autre école. Comment la classer? où la placer, comme pierre d'attente pour les faits analogues que la clinique pourra révéler ultérieurement ?

Une première grande division est nécessaire parmi les hypnotisés ; il faut séparer ceux qui ont des symptômes somatiques fixes, quelle que soit la suggestion, et ceux qui n'ont pas de symptômes somatiques fixes, autres que ceux qu'on leur suggère. Charcot, au moins au début de ses études, semblait nier les derniers, en disant que tout l'hypnotisme est dans ses trois types ; Bernheim semble nier les premiers en disant que tout est commandé par la suggestion. Les uns et les autres existent.

Notre malade fait partie du premier groupe : c'est une hypnotisée à caractères somatiques fixes, comme les malades de la Salpêtrière, dont elle se rapproche beaucoup plus que des sujets de Nancy. C'est le groupe des hystériques. Il y a en effet entre les sujets de la Salpêtrière et les sujets de Nancy, cette différence dans les antécédents, qui peut expliquer bien des choses : les premiers sont des hystériques, les seconds sont des sujets sains, avant toute hypnotisation.

Nous faisons donc cette grande division parmi les hypnotisables : *Ceux qui étaient* et *ceux qui n'étaient pas hystériques antérieurement* (j'entends la grande hystérie, à attaques franches, et non l'hystéricisme ou le nervosisme simple). *Chez les premiers, le sommeil*

provoqué peut s'accompagner de phénomènes somatiques fixes ; chez les seconds, le sommeil provoqué est entièrement dominé par la suggestion.

F... appartient au premier groupe : c'est une hystérique antérieure, une grande hystérique, et son sommeil provoqué a des caractères somatiques fixes, indépendants de la suggestion. De ce côté, notre cas donne donc, dans la discussion entre la Salpêtrière et Nancy, un argument contre Nancy, en montrant que tout ne vient pas de la suggestion chez tous les malades. Mais, une fois placée ainsi dans le premier groupe, des hypnotisés-hystériques, des hypnotisés à caractères somatiques fixes, F... montre aussi qu'il ne faut pas trop généraliser à toutes les hystériques hypnotisables la description des trois états de la Salpêtrière. Car, *elle a des caractères somatiques fixes, mais ce ne sont ceux d'aucun des états de la Salpêtrière.* Que sont donc ces caractères somatiques fixes de son sommeil provoqué ? Exactement et tout simplement ceux des crises d'hystérie spontanée, présentées par notre malade, déjà avant tout essai d'hypnotisation.

Nous arrivons donc à cette idée qui n'est pas encore classique, c'est que, ne considérant que les hypnotisés du premier groupe, c'est-à-dire les hystériques hypnotisables, ayant dans leur sommeil provoqué des caractères somatiques fixes, il faut encore établir une subdivision parmi les sujets de ce groupe : *les uns répondent à la description de Charcot, les autres reproduisent simplement et fidèlement leurs attaques spontanées d'hystérie antérieure* (ces attaques ayant des caractères divers suivant les malades). C'est dans cette dernière catégorie que rentre F...

Donc, la description de notre cas diffère à la fois de la description de la Salpêtrière et de la description de Nancy; mais il ne faut pas plus l'opposer aux deux autres qu'il ne faut opposer les deux autres entre elles. Notre cas est le *type d'un troisième groupe*, très naturel, très précis, et dont les exemples doivent être plus nombreux qu'on ne croit : *le groupe des hystériques hypnotisables qui, dans leur sommeil provoqué, reproduisent, simplement et fidèlement dans tous leurs traits, leurs attaques antérieures de sommeil spontané.* L'hypnotisme devient, chez ces malades, la simple provocation et reproduction de leur hystérie spontanée.

Cette manière de voir est du reste rationnelle. Sans vouloir faire de théorie, on peut dire que l'hypnotisme en général est une névrose artificielle, une hystérie provoquée. Si le sujet sur lequel on développe ces phénomènes expérimentaux n'était pas antérieurement hystérique, était vierge de toute névrose antérieure, la forme du sommeil provoqué dépend de la suggestion et il n'y a pas de caractères somatiques fixes. Si au contraire le sujet était déjà hystérique, avait eu déjà des phénomènes spontanés à forme précise et fixe, la forme du sommeil provoqué n'est plus livrée à la suggestion, elle dépend de la maladie antérieure et il y a des caractères somatiques fixes, antérieurs et supérieurs à toute suggestion.

Il y aurait d'autres points curieux à mettre en lumière chez notre malade : la facilité avec laquelle s'exécutent les suggestions post-hypnotiques, même compliquées et à longue échéance, tandis que les suggestions

intra-hypnotiques sont impossibles; l'histoire du réveil et l'action des zones hypnofrénatrices; les paralysies suggérées qui ont aussi des caractères fixes, supérieurs à la suggestion et cependant différents de ceux observés à la Salpêtrière; l'état intermédiaire dans lequel elle se trouve quand elle exécute à distance et sur lequel l'un de nous a déjà envoyé une Note à la Société de biologie (25 juillet 1885); l'action remarquable de l'hypnoscope d'Ochorowitz et l'action non moins remarquable de l'hypnoscope non aimanté...

Tout cela serait fort intéressant, mais nous entraînerait trop loin. On le trouvera dans l'Observation elle-même que nous avons publiée ci-dessus.

PSYCHOPHYSIQUE

RECHERCHES CLINIQUES SUR LA PSYCHOPHYSIQUE

ÉTUDE SUR LA PERCEPTIBILITÉ DIFFÉRENTIELLE[1]

Par Maurice MENDELSSOHN et F.-C. MULLER-LYER.

A. — Recherches cliniques sur la perceptibilité différentielle du sens de la vue chez l'homme sain et malade.

I. — *Définitions et historique.*

Il nous faut tout d'abord établir une série de définitions se rapportant aux concepts suivants : *percep-*

[1] Voy. t. XIV, n° 40, p. 47.

tibilité différentielle pour la lumière, acuité visuelle, sens de la lumière, sens de la forme; non pas qu'il s'agisse ici de choses nouvelles, mais ces idées n'ont pas encore été formulées de manière à éviter toute obscurité et toute confusion.

Tout excitant lumineux, qui intéresse la rétine, doit, pour amener une perception, satisfaire à deux conditions : 1° il doit se détacher du fond avec une certaine intensité lumineuse; 2° il doit atteindre une certaine grandeur.

Un excitant qui reste au-dessous du « seuil » de la perceptibilité peut toutefois, dans des certaines limites, être rendu perceptible, grâce à deux actions différentes, à savoir :

1° Une modification dans son intensité lumineuse, sa grandeur demeurant invariable;

2° Un changement dans sa grandeur, l'intensité, c'est-à-dire la différence avec le fond, restant la même. L'excitant a donc une double fonction et suivant qu'on fait varier l'une ou l'autre, on mesure deux fonctions différentes de l'appareil visuel à savoir la perceptibilité différentielle ou l'acuité visuelle.

Nous avons dit plus haut que sous le nom de *perceptibilité différentielle* on entend la faculté de percevoir les différences entre deux excitants. Depuis Weber on la mesure par la différence la plus faible et à peine perceptible, qui se rapporte à l'un des deux excitants. La perceptibilité différentielle est d'autant plus grande, que cette différence relative est plus petite; elle trouve sa mesure dans la réciproque de la différence relative, par exemple la perceptibilité différentielle d'un œil qui perçoit 0,1 de différence, est deux

fois plus grande que celle d'un autre, qui ne perçoit que 0,2 de différence entre deux sensations lumineuses.

L'*acuité visuelle*, au contraire, trouve sa mesure dans la grandeur du plus petit angle sous lequel l'œil peut distinguer un objet donné. Par suite, tout ce qui se rapporte à la grandeur de l'angle, ou, ce qui revient au même, à l'*étendue* de l'image rétinienne, se rapporte également à l'acuité visuelle.

Si, par conséquent, la différence restant la même, la grandeur de l'objet varie jusqu'à la limite de perceptibilité, ou même au delà, on détermine l'acuité visuelle pour la différence donnée; si, au contraire, c'est la différence qui varie, la grandeur demeurant la même, on détermine alors la perceptibilité différentielle pour la grandeur donnée. Fait-on varier les deux à la fois, on réalise une opération complexe, dont l'intelligence exige la connaissance préliminaire des lois qui régissent les deux fonctions élémentaires de l'excitant. Nous en sommes restés à la détermination de la perceptibilité différentielle.

La loi de Weber établit ceci, que *la perceptibilité différentielle reste toujours la même*, *quelles que soient les modifications de la grandeur absolue de l'excitant*, autrement parler, la perceptibilité différentielle dépendrait seulement de la différence relative entre les deux excitants, la grandeur absolue de ces derniers étant indifférente; par exemple, étant donné un tiers de perceptibilité différentielle pour deux poids différents, la fraction restera toujours la même si on double, triple, etc., la grandeur absolue de ces deux poids.

Sous cette forme, la loi de Weber n'a pas été abso-

lument confirmée pour le sens de la vue; tous les observateurs sont d'accord sur ce point, que la loi en question n'est acceptable en tout cas, que dans des limites plus ou moins restreintes. Si par exemple, on diminue l'éclairage, la différence relative doit être augmentée pour ne pas cesser d'être perceptible. Il n'est donc pas indifférent de savoir pour quel éclairage absolu l'on mesure la perceptibilité différentielle; cette mesure a d'autant plus de valeur, qu'outre la différence relative (et en dehors naturellement, de l'angle visuel donné), on tient compte de la grandeur absolue de l'un des deux excitants; la mesure ne peut être considérée comme parfaite, que si elle est effectuée pour toûtes les valeurs de l'un des deux excitants, depuis zéro jusqu'au maximum.

Il suit de là que toutes les déterminations où l'on a comme données : 1° l'angle visuel, et 2° la différence relative et dans lesquelles on fait varier l'éclairage absolu jusqu'à disparition ou réapparition de l'objet, ne sont pas autre chose que des déterminations de la perceptibilité différentielle. Pour que la détermination de cette dernière valeur fût complète, il faudrait encore pour chaque grandeur de l'image rétinienne (et pour chacune de ses localisations) tenir compte des diverses conditions d'éclairage de la rétine, depuis le plus faible jusqu'au plus intense.

Il en est de même pour la détermination de l'*acuité visuelle*. L'expérience démontre que cette acuité décroît avec l'éclairage; de même que la perceptibilité différentielle, elle doit donc (pour que l'observation soit parfaite) être étudiée :

1° A tous les degrés d'éclairage;

2° A toutes les différences données entre l'objet et le fond.

Toutes ces questions étant résolues pour la série du noir, du gris et du blanc, c'est-à-dire pour ce qui concerne de simples différences d'intensité (différences *quantitatives*), il reste à les résoudre pour ce qui concerne les différences qualitatives, c'est-à-dire de couleur, ce qui revient à dire que la perceptibilité différentielle doit, au même titre que l'acuité visuelle, être étudiée pour toutes les combinaisons chromatiques.

C'est de cette manière-là, que nous envisageons les concepts : acuité visuelle et perceptibilité différentielle.

Qu'entend-on par « *sens de la lumière* »? C'est ce qui sera bien vite élucidé, lorsque nous connaîtrons les procédés de mensuration des auteurs, en fort petit nombre du reste, qui ont institué des recherches sur ce sujet. Förster[1], le premier qui ait traité cette question dans des conditions pathologiques mesure le sens de la lumière (à l'aide de son photomètre) par l'éclairage nécessaire pour qu'une lettre donnée soit à peine perceptible à une distance donnée. Nous n'avons pas besoin après tout ce qui vient d'être dit à ce sujet, d'insister encore sur ce point, qu'il ne s'agit pas ici d'autre chose que tout simplement d'une détermination de la perceptibilité différentielle.

Les autres auteurs ne font que suivre le chemin tracé par Förster. La manière bien connue de procéder de *Weber* ne représente pas un principe, mais simplement une modification dans la technique, les deux modes

[1] Förster. *Uber Hemeralopie und die Anwendung eines photometers in d. Ophtalmologie*. Breslau, 1857.

de détermination sont incomplets parce que, comme *Bjerrum*[1] l'a fait remarquer pour obtenir une détermination parfaite, la série tout entière des valeurs de l'excitant serait à trouver.

Enfin nous citerons *Wolffsberg*[2] comme s'étant occupé de la question ; cet auteur définit le sens de la lumière de la manière suivante : c'est la faculté de l'appareil visuel de percevoir les plus faibles excitants ainsi que les plus petites différences entre deux excitants. Contrairement à l'opinion d'Aubert, il *applique* aussi cette définition aux excitants coloriés.

Cette définition rentre dans le cas de notre perceptibilité différentielle; mais ce que Wolffsberg a désigné dans son travail sous la rubrique de « sens de la lumière », est d'après nos explications, une détermination de l'acuité visuelle : il mesure le sens de la lumière par la grandeur d'un objet blanc à peine perceptible, se détachant sur un fond noir et l'acuité visuelle réciproquement par la grandeur d'un objet noir se détachant sur un fond blanc et également à peine perceptible.

La loi formulée par Wolffsberg : « L'acuité visuelle décroît plus lentement que le sens de la lumière avec la diminution graduelle d'éclairage, » devient plus claire en adoptant notre terminologie de la manière suivante : « L'acuité visuelle pour le blanc sur fond noir décroît plus rapidement que l'acuité visuelle pour le noir sur fond blanc ».

On pourrait peut-être réserver le mot de « sens de

[1] Bjerrum. — *Graefe's Arch.*, t. XXX, 1884.
[2] Wolffsberg. — *Graefe's Arch.*, t. XXXI, 1885.

la lumière », pour la perception du seuil de l'excitant, mais il n'échappera à aucun esprit mathématique que ce seuil n'est qu'un cas particulier de la perceptibilité différentielle, celui dans lequel la grandeur de l'un des deux excitants comparés est égal à zéro, ce qui semblait échapper à Fechner lui-même.

Le mot sens de la lumière exprimait donc jusqu'ici une idée vague qui donnait lieu aux plus fâcheuses confusions. Ce mot d'ailleurs est impropre dans son acception usuelle, parce que « la lumière étant le seul excitant physiologique de l'appareil optique », il devrait désigner la fonction totale de l'œil; ajoutons qu'il est inutile, tout ce que l'on a compris jusqu'ici sous cette dénomination étant déjà suffisamment exprimé par les termes de perceptibilité différentielle et d'acuité visuelle. Aussi proposons-nous, pour éviter toute confusion, d'éliminer radicalement le terme de « sens de la lumière ».

Une quatrième expression nous reste à expliquer: « le sens de la forme ». Ici encore, ce terme, en tant qu'il exprime d'une manière générale une fonction optique, est purement synonyme d'acuité visuelle. Etant donné qu'un objet, pris dans son ensemble, paraît sous un angle visuel plus grand que ses parties prises séparément (lesquelles constituent justement sa forme), cet objet est généralement perçu sous un angle visuel plus faible que ses parties prises séparément et qui déterminent sa forme. Cette dernière opération est accomplie, lorsque l'angle visuel, sous lequel apparaissent les parties isolées, atteint une grandeur, qui suffit aux exigences de l'acuité. Inutile d'ajouter que la synthèse visuelle, c'est-à-dire la re-

combinaison des parties isolées en un tout, est une fonction purement psychique.

Les concepts ci-dessus mentionnés se réduisent ainsi logiquement à deux : *perceptibilité différentielle* et *acuité visuelle*. Ces notions indispensables établies, nous allons maintenant procéder à l'examen des travaux publiés jusqu'ici sur la question.

Förster [1] a déterminé, à l'aide de son photomètre, l'intensité de l'éclairage nécessaire pour percevoir sous un certain angle visuel la forme d'un objet donné, ainsi que sa différence relative avec le fond. Il est évident que les recherches de Förster se rapportent uniquement à la détermination *du seuil* pour un objet donné. Ole Bull [2] a étudié le sens des couleurs dans les maladies de l'œil.

Jeannik Bjerrum [3], dans ses recherches « sur le sens de la lumière et sur le sens de l'espace dans diverses affections de l'œil », laissant de côté la perceptibilité différentielle, s'est attaché à déterminer l'acuité visuelle dans l'état pathologique de l'œil à différents degrés d'éclairage et de différence relative entre l'objet (une lettre) et le fond.

Wolffsberg [4] a fait également des recherches sur l'acuité visuelle. Il a déterminé à divers éclairages la grandeur de carrés chromatiques perceptibles en tant que couleurs ; d'après notre définition, il a déterminé l'acuité visuelle pour les couleurs.

[1] Förster, *l. c.*

[2] Ole Bull. — *Archives de Graefe*, 25 livr., 1885.

[3] Jean Bjerrum, *l. c.*

[4] Wolffsberg. — *Examen du sens de la lumière.* (*Arch. de Graefe*), t. XXXI, 1885.

Nos recherches personnelles déjà commencées avant que nous ayons pu prendre connaissance de ces travaux publiés dans des recueils ophtalmologiques, poursuivent, comme on l'a fait pressentir au début, un double but :

1° On doit déduire des phénomènes éliminatoires d'origine pathologique (lésions organiques) les conditions physiologiques de la perceptibilité différentielle, en rapport avec : *a*), l'acuité visuelle ; — *b*), le sens des couleurs ; — *c*), l'étendue de la surface de la rétine impressionnée (vue indirecte).

2° Nous nous sommes appliqués à rattacher l'examen de la perceptibilité différentielle comme une méthode à part aux trois autres modes d'investigation (examen de l'acuité visuelle, de la perception chromatique et de la périmétrie) en déterminant le rapport de cette perceptibilité différentielle avec les différents états pathologiques et en cherchant à établir la méthode d'exploration, qui lui correspond sur des bases solides et pratiques.

II. — *Méthode et procédés.*

Nous allons dire quelques mots sur la méthode que nous avons adoptée pour ces recherches. — Le procédé si simple des ombres a d'abord été employé. Dans une grande pièce presque entièrement obscure, aux parois plutôt brunes que noires (la salle des cours à la Salpêtrière, ayant vingt-cinq mètres environ de longueur), un tableau noirci était percé d'une ouverture circulaire de vingt centimètres, qu'on avait recouverte de

papier blanc. Devant le cercle blanc ainsi réalisé, on plaçait une baguette qui y projetait son ombre. A de certaines distances et sous un angle absolument le même étaient placées deux bougies, dont l'une était tour à tour éloignée et rapprochée, jusqu'à ce que l'ombre projetée par la baguette disparût ou se montrât de nouveau. Le milieu fut alors pris comme seuil, et la différence entre l'ombre et le fond fût déterminée d'après une formule de physique bien connue par la distance des deux bougies; la différence *relative* fut alors exprimée en divisant la différence absolue par le plus petit des deux excitants. Cette méthode était très simple, mais peu commode ; aussi l'échangeâmes-nous bientôt contre une autre, en la réservant toutefois comme moyen de contrôle.

L'idée nous vint de fixer une fois pour toutes, des ombres d'intensité diverse, telles que nous pouvions en obtenir en reculant plus ou moins la source lumineuse; — après maintes tentatives, nous atteignîmes le résultat désiré à l'aide de losanges de teintes décroissantes, peints à l'encre de Chine sur une certaine qualité très épaisse de papier buvard blanc avec un pinceau large. D'après un procédé depuis longtemps en usage en ophthalmologie, on construisit avec ces ombres un alphabet dont les caractères allaient toujours en décroissant de ton, de sorte que le patient, par une simple lecture indiquait lui-même les limites de sa vue. Les tables définitives qui nous étaient nécessaires dans nos recherches furent dressées de la manière suivante :

Les caractères, cela va sans dire, étaient tous d'égale grandeur, hauts de 5 centimètres, épais d'un

centimètre. Chaque « numéro » se composait de trois caractères, et le *ton* de ce numéro (son degré de concentration) était réglé de telle sorte, qu'il offrait une dégradation d'environ un dixième sur celui du numéro précédent.

Les concentrations employées variaient de 5000 à 5,1 (la quantité d'eau restant toujours la même). Tous ces numéros furent disposés de distance en distance à des places déterminées : de cette façon nous avions à notre disposition treize tableaux avec quatre numéros chacun, en tout cinquante-deux numéros.

A priori, on aurait dû admettre que les différences des caractères isolés avec le fond dussent être simplement calculées d'après le degré de concentration de la teinte. Mais la technique présente ici de telles difficultés, qu'il a paru nécessaire de mesurer au photomètre chacun des caractères isolément. Nous déterminions à cet effet la valeur du seuil de nos tables à la lumière (du jour) naturelle (d'intensité moyenne); puis, dans une chambre noire, en approchant une lumière, nous obtenions le degré de clarté nécessaire pour que la valeur du seuil fût atteinte. Grâce à la méthode de l'ombre portée, nous obtenions alors pour chaque caractère une ombre correspondante, et nous calculions provisoirement la différence entre le caractère et le fond.

Une semblable méthode de calcul, cela s'entend de soi, ne saurait prétendre à l'exactitude mathématique, mais au point de vue pratique, elle est tout à fait suffisante.

Il est en somme impossible de déterminer exactement, à un centième près, une grandeur physiologique

aussi flottante que la perceptibilité différentielle; d'ailleurs il ne s'agissait pour nous que d'une détermination approximative, et pour le succès de nos recherches comparatives, l'abaissement de cette perceptibilité d'un huitième ou d'un neuvième n'importait guère plus que pour l'acuité visuelle.

La table qui suit peut donner une idée des résultats de la mesure photométrique mise en parallèle avec le degré de concentration.

N^{os} D'ORDRE	CONCENTRATION de la teinte.	VALEUR RELATIVE de la différence.	VALEUR (OPTOMÉTRIQUE) de la différence relative entre la lettre et le fond.
1*a*	5000	5500	1 : 0,2
1	1000	1000	1 : 1,1
5	656	648	1 : 1,7
9	430	582	1 : 1,9
13	280	335	1 : 3,3
17	185	252	1 : 4,4
21	121	126	1 : 8,9
25	79	110	1 : 10,0
27	65	83	1 : 13,3
29	52	71	1 : 15,6
31	42	61,1	1 : 18,1
32	38	39,5	1 : 28
33	34	34,1	1 : 32
34	31	26,3	1 : 42
38	20,2	23,1	1 : 48
42	13,3	19,4	1 : 52
43	12,0	17,0	1 : 65
44	10,8	14,4	1 : 77
45	9,7	13,3	1 : 83
47	7,8	11,4	1 : 96
48	7,0	—	(le seuil)
51	5,1	—	

D'une manière générale, on constate donc un certain parallélisme entre les deux grandeurs (valeur relative de la différence et la valeur optométrique de la différence relative entre la lettre et le fond); ce parallélisme présente toutefois des écarts qui sont parfois assez considérables.

Au-dessus du numéro 47, les caractères — à une lumière naturelle d'une moyenne intensité — ne sont plus perçus qu'à l'état de silhouette, mais les lettres ne sont plus reconnaissables.

Le seuil du caractère pris dans son ensemble est naturellement plus élevé que celui de ses parties prises isolément, comme il ressort de ce qui a été dit à propos du sens de la forme. Mais les exigences de ce dernier sont satisfaites constamment, puisqu'on a toujours à lire trois caractères : lors même que tel ou tel de ces caractères offrirait une forme plus simple que celle de ses congénères, la synthèse des trois caractères de chaque groupe y peut aisément remédier. C'est ainsi que nous avons cru aussi éviter la cause d'erreur provenant de la *lisibilité* plus ou moins grande de certaines lettres.

On pourra, si l'on veut, pour la confection de ces tables, faire usage, — en place de caractères, — de simples points arrondis, d'égale dimension qu'on pourra numéroter. En outre, au lieu de nuances noires ou du moins grises sur fond blanc, il est loisible d'adopter des nuances claires sur fond sombre. Même ce dernier parti, comme nous le verrons, est plus avantageux, mais les difficultés de la technique nous ont empêché d'adopter ce dispositif.

Avec le secours de ces tables ou de tables ana-

logues à celles-ci, que chacun peut facilement confectionner d'après les indices donnés plus haut, tous les problèmes posés au début peuvent recevoir des solutions aussi simples que commodes.

En modifiant l'éclairage ou bien en lisant à travers des verres noircis, on peut déterminer la perceptibilité différentielle pour tous les éclairages imaginables jusqu'au seuil.

En se plaçant à des distances variables, on peut déterminer la perceptibilité différentielle correspondant à chacune des grandeurs de l'angle visuel et combiner ainsi ensemble les deux problèmes. D'autre part, en modifiant la couleur des caractères et celle du fond, ou bien en se servant de verres colorés ou de la lumière spectrale, on peut établir les conditions du seuil différentiel qualitatif, etc., etc.

On comprendra qu'un domaine aussi vaste n'ait pu être abordé par nous jusqu'ici que sur les points isolés et encore d'une manière incomplète et comme par fragments.

Nous avons examiné jusqu'à ce jour environ deux cents malades à la clinique de M. Charcot à la Salpêtrière. Afin d'éviter un démembrement fâcheux, nous donnerons le résultat de nos recherches dans l'ordre des formes de maladies (types pathologiques), en ayant soin de choisir les cas les plus caractéristiques.

Les conclusions générales et la discussion des faits feront l'objet d'un chapitre à part. Les recherches faites au moyen des tables ont été opérées à la lumière naturelle, au degré d'éclairage où le seuil ci-dessus mentionné, pour l'œil normal, se trouve justement atteint. Ce résultat fut obtenu très simplement, en

se plaçant à des distances variables des fenêtres. La perceptibilité différentielle était alors déterminée pour cet éclairage, et pour cet éclairage seulement. Nous communiquerons le résultat de nos recherches dans des conditions d'éclairage variable. Nos tables étaient placées à une distance de trente à quarante centimètres de l'œil des malades. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE NERVEUSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE SYMPTOMATOLOGIQUE DE LA GLIOMATOSE MÉDULLAIRE;

COMMUNICATION FAITE AU 2e CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES A MOSCOU (janvier 1887)

Par WLADIMIR ROTH
Privat docent de l'Université de Moscou.

Si trente ans auparavant l'on avait mis côte à côte quelques malades, l'un, par exemple, atteint d'amblyopie, l'autre ayant des accès de douleurs intenses dans la région gastrique, le troisième atteint d'ataxie, le quatrième affecté de strabisme, et si l'on avait dit que ces malades souffraient de la même maladie le *tabes dorsualis*, alors, les médecins de ladite époque auraient considéré avec grand étonnement et avec une incrédulité cette déclaration. Il paraît que le temps de pareilles surprises n'est pas encore passé. Aujourd'hui encore, nous pouvons nous représenter ainsi plusieurs

malades : l'un, par exemple, atteint d'une fracture de l'épaule, un autre de bulles sur les doigts, le troisième, de névralgie tenace, le quatrième, de parésie, le cinquième, d'un ensemble de symptômes cliniques, qui encore aujourd'hui porte le nom d'atrophie musculaire progressive, soit-disant type Aran-Duchenne. Tous ces malades ne peuvent demander une assistance médicale que pour les phénomènes pathologiques ci-dessus désignés et ne seront traités que pour ces phénomènes (c'est un fait) comme pour des maladies bien définies; et pourtant il peut arriver, que toutes ces affections d'apparence différente, ne soient que des symptômes d'un seul et même processus morbide, processus qui n'est pas rare, et qui consiste en une prolifération spéciale de la nevroglie, dans la substance grise de la moelle épinière (et de la moelle allongée).

Jusqu'à ces dernières années, les cas d'hypertrophie pathologique de la nevroglie produite dans le voisinage du canal central, accompagnée souvent de formation de lacunes plus ou moins longues, et de cavités siégeant au milieu d'un tissu de nouvelle formation et plus ou moins dégénéré (syringomyélie), de même que les cas d'hydromyélie, avaient un intérêt exclusivement anatomique. Erb ne leur a consacré que quelques pages de son manuel des maladies de la moelle épinière, sous le titre *Rara et Curiosa*, et ne trouve pas possible de donner une description clinique bien définie, de ces formes et de les diagnostiquer pendant la vie. En 1878[20], nous avons eu l'occasion de faire plus ample connaissance, avec diverses observations concernant les processus morbides mentionnés ci-dessus, de les grouper au point de vue anatomo-pathologique; mais de même

nous avons dû renoncer à essayer de peindre le tableau clinique, correspondant à quelqu'une des formes anatomiques établies par nous.

Si d'un côté, les cadres anatomiques restaient vides de documents cliniques correspondants, d'un autre côté, on rencontrait des observations qui ne se rangeaient nullement dans les formes anatomiques plus ou moins connues, mais qui doivent s'y rapporter d'après nos connaissances actuelles. Ainsi le 19 février 1882, nous avons présenté à la *Société des Médecins russes*, un malade atteint d'atrophie musculaire progressive de la main, et d'anesthésie partielle du sens thermique sur toute la surface du corps, y compris la face. C'était déjà non seulement un cas rare, mais absolument exclusif, qui nous laissait dans une grande perplexité.

On aurait pu supposer l'existence d'un processus pathologique, dans la substance grise de la moelle épinière et admettre que, grâce à ces mêmes altérations anatomiques, la conductibilité des impressions thermiques était interrompue avec tous les segments de la moelle épinière situés plus bas ; mais l'anesthésie thermique dans la sphère du trijumeau restait inexpliquée, ce qui nous fit renoncer momentanément à un diagnostic plus détaillé.

Le professeur Kahler fut plus heureux : chez le malade qu'il avait décrit dans la *Prager Medicinische Wochenschrift* (18. X. 1882) existait d'abord de la faiblesse avec contractures dans le bras gauche, suivis d'altération de la sensibilité de ce membre, et de la moitié gauche du tronc. Il n'existait ici dans certains endroits, que de l'analgésie partielle combinée à

la thermanesthésie; dans d'autres, il existait enfin des segments où la perception des impressions tactiles était aussi diminuée; cependant une pression un peu accentuée fut perçue dans toute la région anesthésiée, et le sens musculaire n'avait pas souffert. L'anesthésie s'étendait par zones; plus tard elle envahit aussi certains segments du côté opposé, puis la cuisse et le front du côté gauche.

La localisation première des troubles du mouvement et de la sensibilité, et la marche ultérieure de la maladie, permirent à Kahler de définir d'une manière plus précise, l'endroit atteint de la moelle épinière et il s'arrêta avec raison sur la syringomyélie, comme le seul processus connu, qui par sa localisation et par la marche de la maladie, correspondait aux symptômes cliniques de son malade. Le cas du professeur Schultze [24], publié quelques mois plus tôt, présente une confirmation de ce diagnostic. Chez une femme âgée de trente-sept ans, on voit se développer en quatre années, une faiblesse accompagnée d'atrophie musculaire des membres supérieurs, une suppression partielle du sens de la température, de l'analgésie dans les membres supérieurs et le thorax, puis dans les membres inférieurs, de l'analgésie de la langue ; en outre des symptômes bulbaires passagers et des troubles trophiques de la peau (des bulles à la main droite). A l'autopsie on trouva une cavité le long de toute la moelle épinière ; la substance blanche en était normale à l'exception de la partie la plus inférieure; plus haut, la cavité avec la nevroglie hyperplasiée qui l'entourait, occupait exclusivement la substance grise dans laquelle les cornes postérieures avaient été atteintes

plus que les antérieures. La racine ascendante du nerf trijumeau fut également atteinte. Dans la moelle allongée se trouvèrent des fissures, et une atrophie de l'olive gauche.

L'année suivante, Fürstner et Zacher [8] décrivirent un cas plus compliqué, suivi d'autopsie ; mais si nous laissons de côté les altérations cérébrales et les symptômes cliniques correspondants, nous voyons en ce qui concerne les phénomènes spinaux, ce cas présenter une grande analogie avec celui rapporté par l'auteur précédent. A l'hémianalgésie partielle avec paresthésies et altérations trophiques de la peau de la main droite, perte des réflexes cutanés et diminution des réflexes tendineux, répondait une gliomatose accompagnée de formation d'une cavité le long de la substance grise de la moelle épinière, sur toute la longueur de laquelle la corne postérieure droite avait été le plus altérée, tandis qu'il y avait altération un peu moindre de la commissure postérieure et de la corne antérieure gauche. Le processus s'étendait également à la moelle allongée; ce qui se traduisait par des phénomènes bulbaires correspondants durant la vie; et, fait curieux à noter, c'est que dans ce cas aussi, il y avait hyperplasie de la nevroglie le long de la racine ascendante du trijumeau.

A la suite de ces deux autopsies, Bernhardt [3] a pu avec grande raison, diagnostiquer dans un cas d'anesthésie partielle aux impressions thermiques et d'analgésie observées sur l'épaule droite, sur la partie supérieure du tronc du même côté, avec lésion limitée de la face une altération de la substance grise de la moelle épinière, produite dans la région d'émergence

des racines postérieures, depuis la première cervicale jusqu'à la huitième thoracique et probablement aussi de la racine ascendante du nerf trijumeau; il a eu le droit de supposer que cette altération était due à la gliomatose (syringomyélie).

Les médecins commençaient à s'habituer à la possibilité de diagnostiquer parfois la syringomyélie. Grïnther, l'élève d'Erb, dans ses études de la réaction électrique dans l'atrophie musculaire « typique », admet qu'un cas de cette [2] maladie rapporté par lui, pouvait appartenir à la syringomyélie. Oppenheim [17] suppose l'existence d'une syringomyélie, chez un malade âgé de trente-deux ans, présentant les phénomènes d'anesthésie des membres supérieurs, du thorax, du cou et de la nuque. Les sens de la douleur et de la température étaient le plus atteints, en même temps qu'on constatait une atrophie des muscles de la main gauche, des bulles sur les extrémités digitales et des paresthésies tenaces (sensation de cuisson froide), dans les extrémités supérieures; ce processus s'était développé dans l'espace de deux ans et demi. Remak (1884) [19] décrit un fait clinique de gliomatose centrale, caractérisée par la perte du sens de la douleur et de la température, dans la partie supérieure gauche du corps et dans l'extrémité supérieure correspondante, qui était en outre le siège de troubles locomoteurs, d'atrophie musculaire, de troubles trophiques de la peau et d'altérations articulaires de l'épaule. Le sens du toucher était altéré à un degré très insignifiant. Enfin Freud [17] décrivit en 1885 un cas « d'atrophie musculaire avec des troubles de sensibilité étendus », limités en haut au thorax jusqu'à la sixième côte et

les membres supérieurs, et s'étant manifesté dans ces régions, principalement par l'analgésie et la thermanesthésie; le toucher ne fut atteint que du côté gauche. Freud range son cas à côté des cinq observations plus détaillées des auteurs cités plus haut, et s'appuyant sur les cas suivis d'autopsie, diagnostique chez son malade la gliomatose centrale avec syringomyélie. Dans le courant de la même année, Schultze [26] fit une nouvelle autopsie, se rapportant à un fait non étudié cliniquement, mais dans lequel le seul symptôme saillant était la perte du sens de la douleur (et probablement une fragilité des os). Anatomiquement, ce cas de même qu'un autre, avec analgésie et thermanesthésie partielles, et dystrophie de la peau étudié par l'auteur en 1886 [27] étaient caractérisés par la gliomatose avec lésion prédominante des cornes postérieures ; dans la deuxième observation, les altérations se manifestant par la formation d'une lacune, étaient tout à fait insignifiantes.

Outre ces deux observations anatomiques, Schultze donna en 1885, une description de deux cas cliniques présentant avec un complexus symptomatique qui se répétait souvent dans les observations citées plus haut, savoir: de l'anesthésie thermique et analgésie partielles, de la dystrophie de la peau et du tissu cellulaire souscutané, de la faiblesse et de l'atrophie musculaire dans les extrémités.

Toutes ces observations prises ensemble, ne suffisent pas encore bien entendu, à témoigner la fréquence de la maladie, sur laquelle je voudrais attirer votre attention. Mais d'abord toutes les observations cliniques citées par nous, se rapportent à un groupe peu consi-

dérable à symptômes cliniques nettement accusés, dont le diagnostic semblait établi d'une manière précise, malgré l'état incomplet de nos connaissances actuelles du tableau clinique de la maladie. D'un autre côté, parmi des cas peu nombreux anatomiquement étudiés, il y en a dans lesquels les symptômes les plus caractéristiques, tels que la thermoanesthésie et l'analgésie partielles n'attiraient pas l'attention; et cependant quelques faits (fractures indolentes des os, etc.) prouvent que l'analgésie au moins avait figuré parmi les symptômes qui existaient pendant la vie. Si nous prenons en considération, que les troubles locomoteurs, l'atrophie musculaire, les altérations de la peau, etc., peuvent faire complètement défaut, il sera facile de comprendre que toute une série de cas de cette maladie passe inaperçue. Mais il suffit à quelqu'un des auteurs de prêter attention à tel ou tel autre de ces symptômes caractéristiques, ou d'étudier un grand nombre de moelles épinières, pour se convaincre de la fréquence relative des malades appartenant à cette catégorie.

Ainsi, le professeur Schultze à Heidelberg, a étudié anatomiquement pendant une période de quelques années, 7 à 8 cas variés de gliome de la moelle épinière et de syringomyélie; et dans cinq observations il peint le tableau clinique caractéristique qui nous intéresse en ce moment. M. Morvan, du Finistère, a vu, durant quelques années dans sa commune et les deux voisines, ayant une population de 50,000 habitants, 15 cas de la maladie qu'il a décrit sous le nom de *parésie analgésique*, et caractérisée par un affaiblissement unilatéral ou symétrique des muscles des membres supérieurs, avec anesthésie ou analgésie par-

tielle et des lésions de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Le sens de la température n'avait pas été étudié d'une manière spéciale. Néanmoins, la thermoanesthésie partielle accompagnée d'analgésie, des symptômes de fragilité des os et d'autres symptômes caractéristiques des cas typiques de la gliomatose centrale, figurent au nombre des symptômes cités par l'auteur. Il faut rapporter sans doute à cette maladie, sinon toutes les observations de Morvan, au moins la plupart d'entre elles. Ayant vu plusieurs fois l'anesthésie s'associer aux panaris, gerçures, engelures, etc., M. Morvan examina l'état de la sensibilité chez tous les malades qui étaient atteints d'affection de ce genre, et réunit ainsi un grand nombre d'observations cliniques.

Pour notre part, ayant affaire surtout à des névropathes et par conséquent, étudiant fréquemment la sensibilité cutanée, nous avons eu l'occasion d'observer dans ces dernières années chez dix malades, des troubles caractéristiques qui nous ont fait diagnostiquer chez eux une gliomatose spinale; le onzième cas avec troubles limités et peu caractéristiques de la sensibilité, a été étudié par nous au point de vue anatomique en 1877; deux autres cas encore que nous n'avons pas pu diagnostiquer alors, ont été observés par nous au *Dispensaire* de la Société des Médecins russes en 1879; il y eut naturellement bien d'autres cas qui ont passé inaperçus, mais les données de ces deux seuls ont été conservées (la disposition caractéristique de l'analgésie partielle), et ont permis de les rapporter à l'affection que nous décrivons.

En outre de tous les cas énumérés plus haut, on

trouve assez d'observations se rapportant aux formes cliniques d'apparences les plus variées, décrites à cause de la combinaison extraordinaire des symptômes qu'elles présentent, et au fond desquels siège à notre avis la gliomatose de la moelle épinière. La variété apparente de ces descriptions casuistiques, dépend en grande partie, de ce qu'elles appartiennent à des spécialistes divers, qui ont tâché d'attirer l'attention des lecteurs sur les symptômes qui les intéressaient et qui peut-être ont ignoré les autres. Ainsi, nous trouvons dans la littérature deux cas que leurs auteurs identifient à ceux décrits par Morvan; le premier, celui de Guelliot [19] (panaris anesthétique) n'appartient peut être pas à notre maladie ; le deuxième, celui de Broca [4] a été décrit sous le nom de panaris analgésique. Chez ces auteurs, le panaris apparaît comme l'affection fondamentale. Chez d'autres : Landois et Mosler [13], Dreschfeld [5], Balmer [1], Beard [2], Leloir [14], etc., l'attention est attirée sur l'atrophie musculaire compliquée de rares symptômes d'anesthésie partielle, ou bien de distrophies cutanées. Nous pourrions bien entendu, retrouver encore dans la littérature médicale des observations cliniques, d'autres cas qui avaient été perdus, dans lesquels, grâce à une coïncidence accidentellement signalée de symptômes importants, il est possible de reconnaître les cas de gliomatose de la moelle épinière. Ces recherches seraient pourtant inutiles : car des observations incomplètes et faites à un seul point de vue, pour la description desquelles on n'aurait pas pris en considération la symptomatologie de l'affection, que nous étudions, ne peuvent pas contribuer à l'élucider.

En citant quelques-uns de ces cas, nous avons eu

principalement en vue, de réunir un plus grand nombre de faits, pour confirmer ce qui a été dit plus haut : que la gliomatose de la moelle épinière est loin de constituer une affection rare. Si jusqu'à présent elle se diagnostiquait pendant la vie dans quelques cas peu nombreux, où le tableau de la maladie a été très nettement dessiné, cela venait de ce que les auteurs en ignoraient les symptômes primaires, et en partie de ce que le caractère de ces derniers n'était pas frappant. Ils passaient inaperçus, jusqu'à ce qu'une complication accidentelle d'une maladie chirurgicale (panaris, fracture de l'os), à marche indolente, ou bien une apparition de troubles locomoteurs avec atrophie musculaire, ne vint forcer le médecin d'étudier d'une manière plus attentive l'état de sensibilité du malade. Dans ces cas, des symptômes fondamentaux plus précoces — l'analgésie et l'anesthésie thermique, avaient été décrites jusqu'à ce dernier moment, comme une complication accidentelle.

Grâce à l'habitude prise dans le service de M. le professeur Kojewnikoff, de rechercher d'une manière plus soignée l'état de la sensibilité dans les différentes affections du système nerveux, j'ai réussi pendant ces dernières années, à diagnostiquer la gliomatose de la moelle épinière chez des malades, qu'un examen insuffisant pourrait faire passer pour hypochondriaques, neurasthéniques, ou atteints de ramollissement des corps optostriés, de névrites, etc.

Je voudrais maintenant profiter de mes observations, pour attirer l'attention des médecins, sur les troubles de la sensibilité mentionnés plus haut. L'analyse de de ces symptômes à côté des autres, doit contribuer à

faciliter le diagnostic de la maladie, dans les premières périodes de son développement. En vue de cela, je ne m'occuperai pas des cas plus rares de la gliomatose centrale, marchant sans phénomènes d'anesthésie partielle et, je laisserai de côté la symptomatologie des formes variées de la syringomyélie. Pour la plupart du temps, elles ne sont pas diagnostiquables pendant la vie. Par contre, nous avons pour but, de classer (peut-être provisoirement), sous une forme clinique type, *le plus grand nombre* des cas de la maladie, ce qui est important, tant pour son étude ultérieure que pour le diagnostic et la thérapeutique de cette affection.

Je rapporte mes observations cliniques, quelques-unes en résumé, d'autres succinctes, conséquence inévitable des conditions dans lesquelles elles furent prises. Nous verrons en les parcourant, que dans la moitié des cas, sinon davantage, le premier symptôme qui paraît n'est pas même de l'analgésie toujours plus facilement déterminable, mais bien une altération du sens de la température, n'étant point accompagnée d'autres troubles de la sensibilité cutanée.

Je disposerai mes observations de telle façon, que d'après les premiers cas d'affection complètement developpée, et dans lesquels la somme des symptômes que nous possédons, ne laisse aucun doute pour le diagnostic, on puisse se familiariser avec les symptômes caractéristiques. Ceux-ci nous aideront à diagnostiquer l'affection, dans d'autres cas où le développement de la maladie est moins avancé.

Observation I

Troubles trophiques et atrophie musculaire du côté droit. — Scoliose. — Hémianesthésie thermique gauche. A droite elle est limitée à la tête et à la face. L'analgésie est disposée à gauche de la même manière; à droite elle occupe seulement le cou et la partie supérieure du thorax.

G. Mihaïloff, paysan de l'arrondissement de Rouza, âgé de vingt-sept ans. Entré à l'hôpital Catherine le 14 janvier 1885.

Antécédents. — Les parents sont vivants, se portent bien. A ce qu'il paraît ils n'étaient pas atteints de syphilis. Cependant, de treize enfants il ne leur en reste que quatre; les autres mouraient avant l'âge de deux ans. Le malade n'offre pas d'hérédité névropathique apparente. Il a été nourri par la mère; il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à la maladie actuelle; il s'est marié à dix-neuf ans, n'a pas eu d'enfants. Il demeure à Moscou depuis l'enfance, est garçon de magasin et a beaucoup d'occasions de prendre froid; son logement est aussi humide et froid. Le malade n'a pas affaire aux poisons métalliques, il n'y a pas eu de traumatisme spinal, ni de travail physique épuisant. Il prend de l'eau-de-vie en quantité modérée. Il n'a pas été atteint de la syphilis.

La maladie actuelle s'est déclarée il y a à peu près trois ans par une douleur peu à peu développée et augmentant progressivement dans le côté gauche du thorax, empêchant de le fléchir à droite. Un an après le début de la maladie se fit remarquer une faiblesse de la jambe droite qui se fatiguait et tremblait après une marche prolongée ; il était alors forcé de s'arrêter pour se reposer. Plus tard apparut une douleur assez tenace dans les reins, surtout à la station assise plus intense du côté droit ; neuf mois auparavant la main droite commença à faiblir et il y a six mois le malade s'aperçut pour la première fois de la thermanesthésie de la main gauche.

Etat actuel. — Le malade est un homme robuste, bien fait, au teint clair. — La *peau* du dos et de la jambe porte des taches pigmentées à la suite de l'eczéma artificiel qu'il avait eu. — A la partie inférieure de l'abdomen sur un espace grand comme la paume de la main se trouve un eczéma squameux. Sur les doigts, la couche épidermique est considérablement épaissie. Le tissu *cellulo-adipeux* sous-cutané est bien développé.

La musculature du membre supérieur *du côté droit* présente un certain amaigrissement général. La mesure de l'épaule :

à sa partie supérieure :	droite 25 $^1/_2$;	gauche, 25 cent.
au milieu.	— 24	— 26
au-dessus du coude . .	— 21 $^1/_2$	— 22
la partie supérieure de l'avant-bras droit . .	— 23 $^1/_2$	— 24
le milieu	— 21 $^1/_2$	— 23
le tiers inférieur. . . .	— 16	— 16
les cuisses sous les fesses.	— 45	— 47
dans la partie moyenne.	— 43 $^1/_2$	— 45
au-dessus de la rotule.	— 31	— 32 $^1/_2$
de la jambe.	— 31	— 32

Le crâne est régulier, symétrique, *les os du squelette* ne présentent pas d'altérations. A la station verticale il y a une *scoliose* bien accusée. Dans la partie lombaire, la colonne vertébrale est incurvée à droite; dans la partie thoracique, elle présente une scoliose avec concavité dirigée à gauche; cette incurvation ne compense pas la lombaire, de sorte que les vertèbres thoraciques supérieures se trouvent à droite de la ligne moyenne; la tête est fortement inclinée à gauche pour la conservation de l'équilibre. *La démarche* est très peu déliée, non assurée, ce qui ne dépend qu'en partie de la position vicieuse du thorax. Le malade écarte les jambes assez largement; les genoux sont légèrement fléchis; le malade évite de déplier l'*articulation* tibio-tarsienne droite pour éviter la trépidation dans la jambe, survenant à la tension des muscles jumeaux. Il n'y a pas d'*ataxie*, même lorsque les yeux sont fermés.

Extrémités inférieures. — A gauche, la force est conservée; à droite, le malade se tient, mais très peu de temps; la force des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne et de celle du genou est conservée. La flexion de l'articulation coxo-fémorale et l'abduction sont affaiblies, l'adduction l'est moins; l'extension est assez forte. Les mouvements de flexion *du tronc* en avant, en arrière et ceux de rotation autour d'un axe vertical ne sont pas notablement affaiblis. La scoliose se redresse dans la position horizontale. La position vicieuse de la colonne vertébrale paraît être accommodée à un moindre travail des petits muscles intervertébraux du côté droit.

Les muscles de l'abdomen et le diaphragme se contractent bien, mais le malade ne peut se gonfler d'air à cause d'une sensation de resserrement dans les points d'insertion des attaches du diaphragme. Dans la position horizontale surtout il éprouve à l'épigastre le sentiment d'un certain vide, de manque vague, d'inspiration incomplète.

Extrémités supérieures. — Les petits mouvements des doigts de la main droite sont légèrement altérés; le malade ne peut se bou-

tonner; il peut cependant prendre une épingle sur la table. L'écriture n'est pas ferme, les lettres sont inégales.

Le muscle opposant du pouce est très affaibli : le pouce ne peut atteindre le petit doigt. L'extension des doigts, de la main et de l'avant-bras se fait avec très peu de force. Les fléchisseurs de ce dernier sont plus forts. La pronation, la supination de sa main ne sont pas faibles. Le malade serre la main assez fort, mais le dynamomètre ne montre que 24 kilogr. à droite (62 à gauche) et à l'extension passive de la main on n'obtient pas de chiffre plus élevé. L'élévation du bas au-dessus de l'épaule est rendue un peu difficile par la tension du pectoral. Tous les autres mouvements du membre supérieur droit et tous ceux du gauches sont normaux.

Le pli naso-labial droit est un peu moins accusé que le gauche. Le reste de la région des *nerfs faciaux* n'est pas altéré. Lorsque le malade tire *la langue* elle est légèrement *déviée* à droite et l'on peut y observer des *mouvements fibrillaires*, mais on ne remarque pas d'atrophie. *Les muscles extérieurs des yeux* n'ont pas été atteints. *Les pupilles* sont inégales. La pupille gauche est un peu rétrécie ; toutes les deux réagissent à la lumière et à la convergence; l'accommodation n'est pas abolie. Les actes de mastication, de l'articulation et de la phonation ne sont pas troublés. Le voile du palais symétrique se contracte bien, mais *la déglutition* de grands morceaux de nourriture n'est pas complètement libre.

Les fonctions de *la vessie* sont un peu troublées : le malade est obligé d'attendre parfois longtemps que les efforts faits pour l'émission de l'urine soient suivis d'effet. A cette émission, les organes du bassin sont à l'état normal.

Il n'y a pas de contractures persistantes, mais le muscle sterno-cléido-mastoïdien et la portion cervicale du trapèze droit sont à l'état de contraction (v. plus bas); il y a un sentiment de tension dans le muscle pectoral et les muscles du thorax du même côté.

Les *réflexes* tendineux et aponévrotiques sont exagérés dans les deltoïdes et l'avant-bras droit; ils le sont très peu dans les muscles de l'avant-bras gauche. Le réflexe rotulien est considérablement exagéré à droite, il est peu apparent à gauche; le réflexe du tendon d'Achille est exagéré des deux côtés. La trépidation du pied est nettement accusée à droite; elle l'est moins à gauche.

Le réflexe aponévrotique dans les membres inférieurs est exagéré dans les muscles du mollet droit; il ne peut être produit à la partie antérieure de la jambe. Les réflexes tactiles de la plante du pied sont variables. Tantôt ils sont exagérés, tantôt abolis.

La contractilité électrique ne présente pas d'altérations marquées. Le courant induit dans les muscles et les nerfs du bras donne des chiffres égaux pour les deux côtés (grand appareil de Stöhrer à deux éléments) le nerf médian et le biceps, 23 m., le triceps, 20; le muscle long supinateur, 19. Courant constant :

	CFC [1]. Droit.	CFC [1]. Gauche	AFC. Dr.	AFC. G.	AOC. Dr.	AOC. G.	CSC. Dr.	CSC. G.
M. trapèze (nerf acc. o),	8 AM.	1 MS.	1,5 MA.	3 MA.	3 MA.	3 MA.	5 MS.	5 MA.
M. biceps (n. m. exter.)	1 »	0,3.	1.	0,6.	2[2]	9[3]	3.	3.
Muscle long supinateur.	3. »	2,5.	3,5.	3.	11	11	»	»
Nerf médian...........	1. »	1.»	3.	3.	3.	3.	»	»

Sensibilité. — Les attouchements les plus légers sont perçus sur toute la surface du corps et le malade les localise normalement; cependant il accuse une différence subjective entre les deux côtés; le côté gauche sent moins nettement; le caractère de la sensation n'est pas le même. *Le sens du lieu* est égal des deux côtés. Le compas de Weber donne les chiffres suivants. Le front a 23 mil.; les joues, 25; la poitrine, 50; les épaules, 20; la partie supérieure de l'avant-bras par devant et par derrière, 25; la partie inférieure, 40; le dos de la main, 22; la paume de la main gauche, 10; de la droite, 11. La troisième phalange à droite, le pouce, 6; l'index et le médius, 4; l'annulaire et le petit doigt, 3; à gauche, le pouce, 7; l'index, 2; le médius, 4; l'annulaire et le petit doigt, 7 mil.

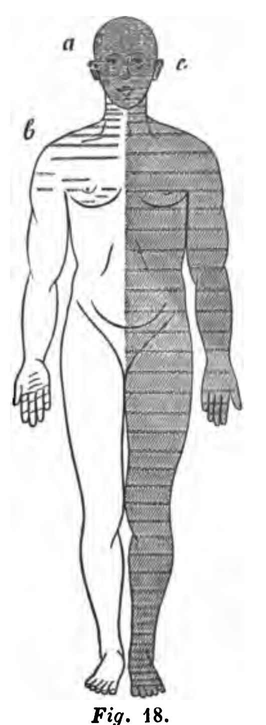


Fig. 18.
a, anesthésie partielle du sens de température; — *b*, analgésie partielle; — *c*, *c'*, combinaison d'analgésie avec anesthésie du sens de température. Même signification des lettres dans les figures suivantes.

Ainsi il y a peut-être une légère diminution de sensibilité sur la partie inférieure de l'avant-bras et le dos de la main, mais des deux côtés; sur les doigts elle dépend probablement de l'épaississement de l'épiderme. *La sensibilité générale* (voy. fig. 18) est affaiblie à des degrés différents dans toute la moitié gauche du corps à l'exception d'un petit endroit hypéresthésié sur le cou. L'analgésie de la cuisse est un peu moindre que celle de la jambe et du pied. *Du côté droit* il existe une petite zone légèrement analgésiée qui occupe le cou et peu à peu passe dans la région de la sensibilité normale, près de

[1] CFC. — Contracture du Catode Fermée. (Ka Sz.) AOC. — (An. OZ.) etc. Chiffres en milliampères.

[2] Les chiffres bas ne sont obtenus qu'à une certaine position strictement définie de l'électrode.

[3] Peut-être n'avait-on pas réussi à placer convenablement l'électrode à l'endroit cité plus haut.

[4] C. à. d. qu'à 11 MA., il n'y a pas de contraction.

l'épine de l'omoplate à la surface postérieure et une dizaine de centimètres au-dessous de la clavicule à la surface antérieure du tronc.

Le sens de la température est considérablement touché sur tout le côté gauche du corps où le malade ne perçoit pas la différence de 10 à 20°. Du côté droit il est normal sur le thorax et les extrémités, mais à la face, à la tête et à la nuque, il a souffert au même degré qu'à gauche. *Le sens musculaire* (la conscience de la position des membres, l'appréciation des mouvements passifs) est normal. *Les nerfs et les muscles* sont insensibles à la pression. Il existe toute une série de troubles inconstants subjectifs dans la sphère de la sensibilité, dont il sera question plus bas. La moitié gauche du corps est *frileuse* et paraît plus froide au palper que la droite. *Les organes des sens supérieurs* sont à l'état normal. Le fond de l'œil est normal. Le *sommeil* est bon. *Les facultés intellectuelles* ne sont pas altérées. L'humeur est un peu triste, il y a tendance à l'*hypochondrie*, le malade observe beaucoup ses sensations et se plaint à chaque visite. Pas de troubles subjectifs, ni objectifs dans les organes thoraciques. Le foie et la rate ne sont pas augmentés. L'appétit est bon. Après une nourriture abondante, il y a pression à l'épigastre, parfois des renvois. Le ventre est légèrement douloureux à la pression; il y a tendance à la constipation. Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital le malade se plaignait *d'une série de phénomènes subjectifs* plus ou moins intenses. En somme, la fréquence de leur apparition et de leur intensité allait en diminuant; quelques-uns se sont manifestés en tout deux ou trois fois.

Douleurs. — Les plus fréquents d'entre ces phénomènes consistaient en douleurs variées : dans le côté, les muscles du cou pendant le mouvement, de même que pendant le repos, des douleurs constrictives et poignantes dans les reins, dans les vertèbres thoraciques supérieures; une céphalalgie générale fréquente; douleur à la nuque et les membres. Une sensation de cuisson inquiétait souvent le malade : elle se localisait principalement à la tête, la nuque, la moitié gauche du corps, sur le cou, dans les endroits où se trouvait la thermoanesthésie; ses degrés étaient divers : tantôt sensation de chaleur, tantôt cuisson plus ou moins intense allant jusqu'à la douleur; cette sensation ne comprenait ordinairement que telle ou telle autre région de la sphère citée. Pendant la nuit, il éprouvait surtout de la cuisson : dans la journée, celle-ci était remplacée par une sensation de froid éprouvée dans toute la moitié droite du corps jusque dans le bain à 28° R. De temps en temps, sensation de fourmillement, qui se répandait de la tête au dos; vertige parfois au lit, parfois sentiment de chancellement et de secousses dans le tronc même dans la position assise d'origine apparemment musculaire. Dans le membre supérieur droit il y a eu des crampes de courte durée, dans les fléchisseurs des doigts, tan-

tôt dans l'un, tantôt dans l'autre. D'après l'expression du malade, il éprouve une sensation de traction dans le dos et le côté, quoique les contractures franches manquent et que la tension du muscle sterno-cléido-mastoïdien et de la portion cervicale du trapèze droit existait simultanément avec inclination de la tête à gauche et par conséquent, ne faisait qu'empêcher la chute de la tête sur l'épaule gauche. Malgré les plaintes du malade, son état à l'hôpital continuait à s'améliorer; pendant tout son séjour, la sensation de constriction et de tension musculaire a considérablement diminué : la scoliose s'est amoindrie; il s'est mis à tenir la tête plus droite, sa démarche est devenue plus normale.

La force s'est accrue dans la main droite. Le clonus des pieds, l'anesthésie et l'irrégularité pupillaire n'ont point éprouvé de changement. Pendant ses quatre mois de séjour à l'hôpital le malade usait de bains chauds et de la galvanisation de la moelle épinière trois fois par semaine. Pendant le premier mois, il prenait de 0,75 à 1 gr. d'iodure de potassium par jour et durant ce temps, il maigrit et pâlit beaucoup. Ce remède avait été abandonné et l'on prescrivit le nitrate d'argent.

Un séjour de trois mois à la campagne après la sortie de l'hôpital ne fut d'aucun profit. La maladie se mit à progresser de nouveau, les troubles de la déglutition augmentèrent. G... abandonna sa place à Moscou et partit pour la campagne. Je ne sais rien sur son état ultérieur.

Ce cas satisfait entièrement aux considérations du diagnostic établies par Schultze. Nous avons : 1° atrophie des muscles des membres supérieurs; 2° anesthésie partielle sans symptômes d'interruption de conductibilité (pour les voies sensitives) dans la moelle épinière; 3° troubles trophiques, il est vrai que c'est toujours sous forme d'épaississement de l'épiderme (eczéma ?); mais en revanche, nous avons une série d'autres symptômes caractéristiques : une masse de troubles subjectifs de la sensibilité et une anesthésie partielle dans la sphère du trijumeau, indiquant la lésion des racines ascendantes en même temps qu'il y avait absence presque complète d'autres symptômes bulbaires.

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS

DEUX CAS D'ATHÉTOSE DOUBLE AVEC IMBÉCILLITÉ;

Par BOURNEVILLE et PILLIET.

Les deux observations sur lesquelles nous allons appeler l'attention ont trait à une maladie nerveuse encore peu connue et dont le diagnostic précis nous paraît offrir quelque difficulté.

Observation I. — *Deux frères ont eu des convulsions dans l'enfance. — Frère probablement épileptique. — Emotion de la mère, trois semaines avant l'accouchement, et tremblement consécutif. — Parésie et tremblement du malade dès sa première enfance. — Placé en hospice à huit ans. — Difficultés de la marche et chutes par exagération des mouvements des jambes. — Difficulté de manger et de boire due aux mouvements désordonnés des membres supérieurs. — Contorsions du tronc, du cou, des muscles de la face; signes plus marqués du côté droit. — Parole scandée et embarrassée. — Mouvements rares au repos; exagérés par la plus légère émotion. — Santé générale satisfaisante; caractère puéril, mémoire bonne. — Onanisme; atrophie du testicule gauche. — Dévotion.—Pèlerinage à Lourdes.—Amélioration lente des mouvements sous l'influence de l'hydrothérapie et de la marche avec le chariot. — Transfert du malade aux vieillards; continuation de l'amélioration.*

Dernoed... (Nicolas), né à Paris le 1er mai 1847, est entré à l'hospice de Bicêtre (service de M. Bourneville), le 23 janvier 1882.

Renseignements fournis par sa sœur (22 février 1882). —*Père*, intelligent, d'un caractère doux, a été trente-quatre ans cocher à la compagnie générale, est mort à soixante-six ans d'une *bronchite chronique;* il était grand, fort; on assure qu'il ne fumait pas et ne faisait pas d'excès de boisson. Quelques douleurs rhumatismales; pas de maladies de peau, pas de migraines. [*Père,* maître d'école en Hollande, pas de détails, — ni sur la *mère.* — Deux

frères : l'un est maître d'école, bien portant, et a une fille en bonne santé; un fils est mort de la petite vérole; — l'autre frère est mort à soixante ans, on ne sait de quoi. — Deux *sœurs* bien portantes: l'une a trois filles, l'autre a trois filles et un garçon, également en bonne santé. Dans la famille, pas d'aliénés, d'épileptiques, de choréiques, ni de difformes; pas de suicidés, ni de criminels.]

Mère, soixante ans, journalière, faisait des ménages; asthmatique, pas de maladies de peau, ni d'attaques; n'est pas nerveuse, aucun excès. [*Père*, mort on ne sait de quoi. — *Mère*, morte en couches à vingt-sept ans, pas de détails. — Un *frère* bien portant, sans enfants. — Trois *sœurs* bien portantes, l'une a trois enfants en bonne santé.— Pas d'aliénés, d'idiots, d'épileptiques, etc.]

Pas de consanguinité (père hollandais, mère lorraine).

8 *enfants :* 1° un mort-né; — 2° un, mort à trois ans, du choléra, avec *convulsions;* — 3° notre malade; — 4° garçon, trente-un ans, aurait eu une fois des *convulsions* dans l'enfance, est bien portant, pas de chorée, marié, a eu deux enfants qui sont morts l'un d'une fluxion de poitrine, l'autre de cholérine, mais sans convulsions; — 5° garçon mort à vingt-deux ans et demi d'hémoptysies successives, pas de convulsions, pas de chorée; — 6° garçon, mort à vingt-deux ans d'un refroidissement après avoir été vingt mois malade (phthisie); pas de chorée ni de convulsions; — 7° fille, celle qui nous renseigne; brune, intelligente, figure régulière et agréable, non mariée ; bien portante, pas de migraines, de chorée, de convulsions; — 8° garçon, vingt-un ans, bien portant, intelligent, pas de chorée ni de convulsions; mais, depuis trois ans, il serait sujet à de petits accidents cérébraux que l'on décrit ainsi : yeux fixes, perte de connaissance, parfois rigidité; écume sanglante, ronflement. Quelques mouvements de la tête, mais ne se débat pas. Il aurait eu deux crises la semaine dernière; il n'en avait pas eu depuis trois mois (épilepsie ?).

Notre malade. — *Grossesse* bonne; pourtant, à huit mois, la mère a été émotionnée par la mort de son second enfant. Elle aurait été prise d'un *tremblement* qui a duré trois semaines, jusqu'à l'accouchement. — Celui-ci a eu lieu à terme, naturellement, sans chloroforme. On pense que l'enfant est resté lontemps au passage: « ses accouchements étaient longs » ; on ne saurait dire s'il était asphyxié. Elevé au sein par sa mère, sevré à vingt-huit mois. Le *tremblement aurait été remarqué de suite et serait de naissance.* « Dès le premier jour, il a tremblé et il a emporté le tremblement de notre mère. » Il n'a jamais marché à la maison. « Aussitôt qu'il était debout il tombait. » Envoyé à la campagne à cinq ans, il y est resté jusqu'à son entrée à Bicêtre pour la première fois à huit ans et demi environ. Il fut ensuite transféré à Rhodez,

en 1864, de Rhodez à St-Lizier où il est resté jusqu'en 1882, époque où il fut ramené à Bicêtre sur les instances de sa famille.

Il a parlé « en bégayant », vers deux ans; il a été propre de bonne heure; on ne croit pas qu'il ait eu d'otites ni d'ophthalmies, ni de fièvres éruptives, ou de maladies d'enfant, du moins chez ses parents. — On attribue sa maladie à l'émotion et au tremblement survenus à la fin de la grossesse. « Ma mère a senti un choc en elle, et a senti l'enfant remuer. »

Sur la période de 1857 à 1864, nous avons quelques renseignements très curieux parce qu'ils confirment les détails donnés par la famille et nous permettent, en comparant les symptômes à deux époques très éloignées (1857 et 1887) de bien mettre en relief l'amélioration survenue dans l'état du malade. Le certificat de M. Lasègue est ainsi conçu : *Idiotie, paralysie, épilepsie probable.* — Le certificat de quinzaine, signé de M. Delasiauve, porte : *Chorée, imbécillité; pas de crises épileptiques.* Voici, d'autre part, les notes recueillies par notre vénéré maître (1857-1864) :

« Cet enfant, d'une force médiocre, a un fond d'intelligence; il répond à quelques questions en bredouillant. Le certificat de police mentionne l'idiotie avec accès épileptiques présumés. Cette dernière affection paraît douteuse; les mouvements irréguliers dépendraient plutôt d'un état choréique. *L'enfant ne peut,* seul, *se soutenir sur les jambes;* s'il marche ou remue les bras, il ne peut prendre une direction fixe. La prononciation a le même caractère. Au repos, les phénomènes sont moins sensibles, mais ils existent à un certain degré... »

Nous relevons ensuite les notes ci-après: « 1857. *Novembre*: *Ophthalmie.* — 1858. *Décembre* : Malgré les exercices discontinués trop tôt, on ne note que peu d'amélioration. — 1859. *Avril* : *Fièvre scarlatineuse,* puis traitement par la liqueur arsénicale de Fowler. En *septembre, ophthalmie.* — 1861. *Décembre* : L'exercice de la poulie lui donne de la force ; *il se soutient un peu mieux sur les jambes et fait un pas en avant.* — 1862. *Juin* : Les yeux vont beaucoup mieux; l'exercice lui a rendu un peu d'agilité. *Novembre* : Ophthalmie à droite. — 1863. *Mai* : Facilités pour le calcul qui ne sont pas les mêmes pour la lecture ; marche moins difficile. — 1864. *Février* : Il épèle et récite la *Cigale et la Fourmi.* — *Juin* : Oreillons ; ophthalmies palpébrales fréquentes. — 1864. *Juillet* : Prurigo généralisé. *Transféré* le 18 septembre à l'asile de Rhodez. » Le malade assure qu'à son départ il ne marchait pas encore seul, qu'il restait tout le temps assis sur un petit fauteuil, que c'est à Rhodez *qu'il a commencé à marcher seul.* Nous insistons dès maintenant sur ce fait qui a une grande valeur au point de vue du diagnostic et nous reprenons la suite de l'observation depuis l'époque où le malade est revenu dans le service.

1882. 9 *mars*.— Revacciné avec succès (une pustule au bras droit).

16 *août*. — *Etat actuel. Poids*, 50 kilogr. 80. — *Tête* assez forte. Pas de saillie de la région occipitale, aplatissement de la région comprise entre le vertex et l'occipital; bosses pariétales moyennement saillantes. *Front* assez élevé, légèrement fuyant, étroit. Arcades sourcilières légèrement déprimées.

Circonférence horizontale de la tête	0m,58
— d'une oreille à l'autre par le vertex	0, 35
Diamètre occipito-nasal	0, 178
— bi-pariétal	0, 178

Oreilles (hauteur 6 cent.) assez écartées du crâne, la droite n'est pas très bien ourlée, lobule adhérent.—Iris bleu, pas de strabisme : disparition partielle des cils aux paupières inférieures, et très léger degré d'ectropion, restes des *ophtalmies* de l'enfance. *Pas de nystagmus*. — *Nez* droit, un peu aplati; narines horizontales, elliptiques, égales.

Bouche assez grande, la lèvre inférieure est épaisse. L'os malaire est un peu proéminent; le menton est carré, le visage ovale, les plis de la face égaux des deux côtés. *Souvent le malade plisse la lèvre spasmodiquement*. — Aux arcades dentaires inférieures, manquent les canines, quatre grosses molaires, deux petites. Aux supérieures, deux canines, deux incisives, deux petites molaires et quatre grosses. Palais assez profond, non ogival. La luette, les piliers, les amygdales n'offrent rien à noter.

Cou assez gros (39 c.). — *Thorax* régulier (72 c. au-dessous des mamelons). L'échancrure des flancs est régulière; les fesses sont un peu aplaties, allongées; le *bassin* est normal.

Les jambes paraissent courtes; les genoux sont rapprochés l'un de l'autre. Le malade debout repose sur la moitié antérieure du pied comme s'il avait un double pied bot équin; le talon droit est un peu plus élevé que le gauche (PLANCHES I et II). Dans la marche le pied n'appuie que sur les orteils, les jambes sont toujours demi-fléchies sur les cuisses, les genoux appuyés l'un contre l'autre, le genou gauche un peu plus en dedans que le droit. Le malade ne fauche pas dans la marche, la jambe se soulève brusquement pendant que le tronc se tord.

Quand Dern... marche étant habillé, les jambes sont légèrement fléchies ainsi que les cuisses. les bras sont étendus en avant, les avant-bras un peu fléchis, les doigts en mouvement. Le corps se tortille, les genoux se touchent, le pied ne repose que sur sa partie antérieure; les talons sont fortement relevés, la pointe du pied droit se dirige un peu en dedans. Il arrive à suivre assez bien la ligne droite, mais parfois il est entraîné malgré lui de côté, et tombe très souvent. La marche est plus difficile quand on le regarde. « Çà m'é--mo---tionne é-nor-- mément. » Il descend les

escaliers en se tenant fortement à la rampe. Dans la cour, il marche à l'aide d'un chariot. Il assure que la nuit, s'il n'y a pas de lumière, il est moins solide et ne peut marcher sans son chariot.

Quand Dern... *mange*, il saisit brusquement les bouchées de pain préparées par l'infirmier; ses doigts les serrent énergiquement. Lorsqu'il porte le pain à sa bouche, la bouche vient en avant et la tête s'incline, l'avant-bras est relevé également et décrit des oscillations. Quand Dern... veut prendre sa fourchette, les doigts s'écartent complètement, puis les quatre derniers l'empoignent violemment, le pouce restant en dehors et ne formant pas crochet; parfois le pouce et l'index se détachent de la fourchette et exécutent des mouvements. Quand il a saisi le morceau de viande avec la fourchette, par une sorte de mouvement de bascule il appuie fortement sur la table l'avant-bras et le rebord cubital de la main, et la tête vient au-devant de la bouchée en exécutant de nombreuses oscillations. Parfois, mais rarement, il se pique la bouche. De préférence il se sert de la main gauche pour prendre son pain, et les mouvements d'élévation de l'avant-bras et d'abaissement de la tête sont alors moins marqués que s'il se sert du bras droit.

1883. *Janvier* : *Poids*, 49 kilogr. 80. — *Juillet* : *Poids*, 48 kilogr.

1884. *Janvier* : *Poids*, 48 kilogr. 20. — *Juillet* : *Poids*, 47 kilogr. 40.

3 *novembre*. — A deux heures de l'après-midi, le malade étant debout contre son lit, s'est senti tout à coup défaillir, et s'est plaint d'une douleur vive dans le flanc droit. Face pâle, sueurs froides sur la figure et le corps, cou gonflé, pouls faible, lent, régulier (60 p.). Mouvements respiratoires réguliers (20), soulevant les joues. Pupilles égales, contractions musculaires faibles, mais pas de paralysie. T. 38°,2. Le malade a gardé toute sa connaissance.

4 *novembre*. — Appétit, soif vive, constipation. T. R. 37°, 8. — Hier, à deux heures et demie le malade a vomi : il avait, paraît-il, mangé une quantité considérable de pruneaux. Après les vomissements il a été soulagé.

1885. *Janvier* : *Poids*, 47 kilogr. 50. — *Juillet* : *Poids*, 49 kilogr. 20.

Notes complémentaires. — Sommeil bon, il s'endort assez lentement : « Deux... ou trois... heures... après que... je suis au lit. » Jamais de cauchemars.

Fonctions digestives bonnes; mastication passable, pas de vomissements. Selles quotidiennes; il peut aller seul aux cabinets, se déshabiller et se rhabiller, mais tout cela se fait très lentement en raison des mouvements choréiformes. Urination normale.

Moustaches châtaines, peu fournies; favoris et barbe très fournis, cheveux noirs assez abondants, sauf sur les tempes; sourcils bruns très épais.

Organes génitaux. — Poils assez abondants au pénil; bourses pendantes, plus à droite qu'à gauche, verge volumineuse; longueur 10 c. 1/2, circonférence 9 1/2. Pigmentation assez prononcée. Gland en partie découvert, découvrable; méat normal. Le testicule droit est du volume d'une noix moyenne, double du gauche qui est seulement de la grosseur d'une grosse olive. Poils assez abondants à l'anus. — *Onanisme* de quinze à dix-huit ans. Il affirme qu'il a cessé depuis et qu'il n'a jamais eu de rapports sexuels. « Il y a vingt-huit ans et demi que je suis enfermé, dit-il. »

Mémoire bonne : Der. se rappelle avoir vu l'un de nous à l'asile de Rhodez, en 1880, « un dimanche », ce qui est exact.

Parole. — La prononciation rappelle celle d'un enfant : « J'ai trente-six ans... et demi... ma mère... demeure... rue... de Meaux ..... à la Villette... La voix est nasonnée et gutturale. Les lèvres sont presque toujours en mouvement. Parfois la phrase se continue sans arrêts : « A Rhodez, j'avais une liberté relative... on me laissait sortir avec un commissionnaire... malade lui-même. » La parole est scandée par des mouvements. Il peut allonger la langue et la maintenir quelque temps hors la bouche. Il n'y a pas de tremblement, mais parfois une petite trémulation de la base à la pointe, et *vice versa.* Rire niais. — *Motilité* spasmodique, avec plissement de la face. — Assis, il reste relativement tranquille; cependant la jambe droite est parfois soulevée, le genou vient buter contre l'autre. La jambe gauche paraît rester immobile. Il repose ses mains sur ses genoux et conserve assez longtemps cette position; parfois, cependant, il a des mouvements des doigts et du bras droit. C'est ce bras qui est le plus faible — ainsi que la jambe correspondante — et qui présente les mouvements choréiques les plus accusés.

Le malade peut se rhabiller, boucler sa ceinture, se boutonner, mais lentement. Pour boire, il rapproche les deux mains, les doigts très largement espacés, et avec des mouvements d'athéthose. Une fois le vase saisi violemment, il abaisse la tête qui vient ainsi au-devant du verre, puis il la relève aussitôt en buvant.

Sensibilité. — Elle est conservée sur tout le corps; toutefois le contact, le chatouillement, le chaud et le froid semblent être plus vivement perçus à gauche qu'à droite, au tronc, aux membres et à la face?

La *vue* est bonne. La *vision* monoculaire paraît un peu trouble pour l'œil gauche (?). Les pupilles sont égales, moyennement dilatées, contractiles; le *réflexe à la lumière* et le réflexe d'accommodation sont conservés sans être exagérés; le malade distingue nettement toutes les *couleurs; pas de nystagmus; pas de diplopie;* pas de myopie. — L'*ouïe* est bonne des deux côtés : il entend le tic tac d'une montre à 40 ou 50 c. de l'oreille. — Dern... ne sait pas

le nom des odeurs, mais il distingue les agréables des désagréables. — *Goût* normal.

Les *réflexions*, le *langage* sont un peu puérils. — D... est très poli, très reconnaissant de ce qu'on fait pour lui. Il se promène toute la journée dans son chariot. *Jamais de vertiges.*

1886. *Janvier* : *Poids*, 49 kilogr. 40; *taille*, 1m, 58.

19 *août*.—Nicolas, qui est très pieux, est parti le 16 en *pèlerinage pour Lourdes*. Il a été conduit à la gare d'Orléans par son ami Marson..., ancien malade épileptique, guéri et passé dans les divisions de l'hospice, qui disait : « Nicolas est si dévot qu'on lui ferait croire que des vessies sont des lanternes, il reviendra comme il est parti. » Les soins matériels du voyage paraissent avoir été assez bien entendus, à part ce fait que les pèlerins, au sortir de la piscine, étaient obligés de se rhabiller mouillés. A son retour, Dern... a prétendu se trouver mieux portant et plus ingambe, ce que ses camarades contestent... et avec raison.

1er *octobre*.— Depuis qu'il est passé aux vieillards[1], il s'exerce beaucoup plus librement, plus longuement et plus régulièrement que quand il était dans la section, parce que son dortoir est au rez-de-chaussée et qu'il n'est pas obligé de descendre un escalier. Il arrive à faire de longues courses dans Paris, mais, le plus souvent, avec quelqu'un qui pousse son chariot. Il est plus vigoureux; mais ses mouvements chloréiformes sont les mêmes. Quand on le rencontre il soulève sa casquette avec un mouvement saccadé tout spécial. — *Traitement* : continue l'*hydrothérapie;* pluie et jet pendant dix secondes, puis jet en éventail pendant quinze secondes; — exercices du chariot.

22 *novembre*.— Le malade a continué régulièrement les douches; il dit que son *tremblement* diminue et qu'il ne se sabre plus autant en mangeant. Suspension des douches.

1887. — Au commencement de cette année, Dern... était dans un état satisfaisant au point de vue de la santé générale; mais les mouvements spasmodiques persistaient presque aussi intenses. Voici les résultats de notre dernier examen :

Le malade *étant assis* a la tête un peu tendue en arrière, les bras allongés, mais tenus par les mains appuyées sur le ventre; les cuisses rapprochées, les genoux en contact, les jambes rejetées de côté. On note des mouvements des doigts de la main droite, des épaules, de la tête et de la jambe droite. Ces mouvements sont à certains jours beaucoup plus prononcés, plus fréquents que ce matin.

[1] Ce passage a eu lieu le 9 novembre 1885. La conduite de D... a toujours été régulière et nous n'avons pas à regretter d'avoir provoqué cette mesure.

La *physionomie* est un peu niaise et le malade a une tendance très marquée à *rire*: « Parfois..., dit-il, je ne puis pas me... retenir... alors, j'éclate. » Quand il rit, tous les muscles de la face entrent en jeu d'une façon exagérée, la bouche s'ouvre largement, les sillons naso-labiaux se creusent profondément, les plis de la patte d'oie s'accusent fortement et les paupières se ferment presque entièrement.

La *parole* est lente. Il semble qu'il soit obligé de faire un effort pour parler : la lèvre supérieure a des contorsions, elle s'avance parfois, les commissures se tirent : on dirait qu'elle est raide. Parfois aussi, il ouvre la bouche avant de parler. Lorsqu'il parle — un peu à la manière des enfants — les sillons naso-labiaux se creusent, les mots sont d'ordinaire scandés, séparés; quelquefois, il prononce plusieurs mots de suite. *Il ne s'agit pas là de bégaiement.* Dern... prononce toutes les syllabes simples, et cela nettement.

La *langue* ne sort jamais de la bouche involontairement. D... peut la maintenir allongée, sans tremblement durant un assez longtemps, la porter à gauche et à droite ou l'abaisser, mais il ne peut l'élever. Il affirme qu'elle ne roidit pas, qu'elle lui obéit et ne le gêne par aucun mouvement irrégulier.

Plusieurs expériences ont été faites pour étudier la *préhension* et les caractères des *mouvements des bras* dans cet acte. Quand le malade veut saisir un verre, placé sur une table devant lui, les membres supérieurs quittent leur position allongée sur le tronc, s'écartent, s'élèvent et se rapprochent vers le but en exécutant des mouvements choréiformes à large amplitude, tout en se dirigeant vers le verre. Les doigts sont fortement écartés, les pouces étendus. Le verre est saisi vigoureusement d'une part entre le pouce et l'index de la main droite (les trois derniers doigts restant écartés) et d'autre part les trois derniers doigts de la main gauche (le pouce et l'index restant écartés). A partir du moment où D... soulève le verre, il n'y a plus de grands mouvements comme dans la première partie de l'acte, mais seulement de petites oscillations. Il est vrai de dire que, afin de diminuer la distance entre le verre et la bouche, la tête s'est avancée en oscillant.

Quand D... veut *prendre une cuiller*, la main droite décrit des oscillations assez grandes, avec conservation de la direction du mouvement, puis la cuiller étant saisie énergiquement, il la porte à la bouche, le bras n'étant plus animé que de petites oscillations. Les caractères des mouvements dans ces deux actes doivent être retenus, car ils diffèrent de ceux qu'on observe soit dans la *chorée*, soit dans la *sclérose en plaques*.

Quand le malade *veut se lever* de sa chaise, il garde les bras allongés, les mains restent en contact, il penche le tronc en avant, fait un effort considérable pour se mettre debout, effort accompagné de mouvements athétosiques de la face et des doigts.

Dans la *station verticale*, la tête est animée de petites oscillations le tronc se tient à peu près droit, mais les cuisses sont rapprochées, fléchies sur le bassin, et rapprochées de telle sorte que les genoux sont en contact; les jambes très écartées sont fléchies. Si la station verticale persiste — sans soutien — on observe bientôt de petites secousses rappelant celles des pantins à ressort.

Dans la *marche*, D... porte le tronc un peu en arrière et incliné à droite, la tête dans l'extension; le bras droit est accolé au tronc, l'avant-bras très écarté et élevé; le bras gauche est également appliqué le long du thorax et l'avant-bras dirigé en avant; dans cette attitude, les avant-bras jouent le rôle d'un *balancier* afin de maintenir l'équilibre. Quant aux membres inférieurs, ils conservent leur même degré de flexion. Le pied droit n'appuie que sur son tiers antérieur et sa pointe est tournée en dedans; le pied gauche tourné en dehors, porte davantage et il semble que, parfois, le talon touche le sol. Les jambes, surtout la droite sont agitées de quelques mouvements choréiformes qui ne sont en rien comparables aux *mouvements de projection dés ataxiques*. La seule analogie consiste en ce que les pieds se soulèvent plus que de raison. Le malade a une légère tendance à s'écarter de la ligne droite et sort quelquefois du tapis, large de 45 centimètres, sur lequel nous le faisons marcher. Tout le corps est roide. Dern... dit qu'il ne peut pas se servir de canne à cause des mouvements de ses doigts. Tandis que seul, sans aucun secours, il ne marche que lentement, dans son chariot, il peut marcher assez vite et faire, comme nous l'avons déjà noté, de longues courses dans les cours ou aux environs de l'hospice, et même loin dans Paris, et cela sans grande fatigue.

Un nouvel examen des *sens spéciaux* confirme ce que nous avons mentionné plus haut et montre qu'il n'y a pas de différence notable entre les deux côtés. Il en est de même de la *sensibilité générale* qui paraît plutôt un peu exagérée : « La moindre des choses qu'on me touche, ça me fait sensation. » Et, de fait, le moindre chatouillement, une piqûre légère, l'excitent et le font rire bruyamment.

Le malade *couché*, on relève les particularités suivantes : La moitié droite du thorax est un peu aplatie, surtout au-dessous de l'omoplate; la colonne dorsale est légèrement incurvée à gauche et en avant, l'épaule gauche est arrondie et plus élevée que la droite. — Les articulations sont un peu roides, mais s'assouplissent après quelques mouvements. Elles ne sont le siège d'aucun craquement.

La *notion de position* est conservée. — Il n'y a *pas d'épilepsie spinale*. Le *chatouillement de la plante des pieds* produit des mouvements réflexes considérables. La recherche du *réflexe rotulien* est très difficile, car le malade contracte sans cesse ses muscles, et si,

pour y parvenir on essaie de distraire son attention, on exagère, au contraire, la contraction des muscles. — Dern... peut toucher avec ses pieds la main de l'observateur sans qu'il y ait *erreur de direction;* il y a seulement quelques petits mouvements. Il en est de même si on lui fait porter l'un ou l'autre index sur son nez.

La *force musculaire* n'est nullement affaiblie. Il parvient à fléchir les jambes allongées lorsqu'on cherche à s'y opposer. Le dynamomètre Mathieu fort donne pour la main droite 20 et 18 pour la main gauche, résultat en contradiction avec l'examen.

Le malade étant levé, on le fait *marcher pieds nus.* On constate alors que le talon gauche, qui avec les souliers paraissait quelquefois toucher le sol, reste élevé et que les orteils, surtout ceux du pied droit, sont animés de *mouvements d'athétose.* Le *signe de Romberg* n'existe pas : le malade se tient debout et marche aussi bien les yeux bandés que lorsqu'il a les yeux ouverts. Il déclare mieux marcher avec ses souliers que pieds nus.

OBSERVATION II. — *Père très nerveux, sujet à des accidents probablement épileptiques (vertiges procursifs?); fréquents excès de boissons. — Tante paternelle alcoolique et débauchée. — Grand-père maternel, excès de boisson. — Oncle paternel et deux cousins germains maternels, convulsions. — Un frère, convulsions, arriéré. Deux sœurs mortes de méningite.*

Conception durant l'ivresse. — Premières convulsions prolongées à trois mois, secondes convulsions à trois mois et demi. — Gourmes, étisie, état paralytique, prédominant à droite. — Apparition des grands mouvements spasmodiques à l'occasion des gestes et des mouvements spontanés. — Contractures avec les mouvements provoqués. — Accès de colère. — Bave jusqu'à huit ans. — Impossibilité de marcher, de s'habiller, de parler et de manger seul jusqu'en 1880. — *Gâtisme. — Prédominance des mouvements du côté gauche, légèrement plus fort que le droit. — Insuccès de la médication arsénicale. — Susceptible d'éducation, affectueux. — Exercices de marche; hydrothérapie. — Amélioration progressive. — Il arrive à manger, à marcher dans un chariot, à dire quelques mots. — Guérison du gâtisme.*

Lemaig... (Emile-Auguste), né le 18 novembre 1863, est entré à Bicêtre le 16 octobre 1872.

Renseignements fournis par sa mère (24 avril 1882) — *Père*, charretier, mort en 1871 à la Pitié, à la suite d'une fracture de jambe compliquée qui avait nécessité l'amputation. Il était assez grand et gros, faisait, dès l'époque de son ménage (trente et un ans), des *excès de boisson* (vin, eau-de-vie). Il était tous les jours « un peu lancé »; souvent la nuit, il se levait, sa femme lui ouvrait alors la porte,

parce qu'une fois il avait sauté par la fenêtre. Il jetait n'importe quel habit sur lui *et se sauvait en courant* (*vertige procursif ?*). Puis, au bout de dix à quinze minutes, il revenait se recoucher sans rien dire. Le lendemain, il ne se rappelait rien. Ceci lui serait arrivé cinq à six fois; d'autres fois, sa femme est parvenue à le retenir. Il était violent, disputeur. « Il m'a battu bien souvent et m'a fait bien du mal ! » Douleurs de tête consécutives aux excès; pas de migraines; pas de maladies de la peau; on ne sait s'il a eu la syphilis; pas d'angines, d'ulcérations, etc.; il fumait très peu. Il n'a pas eu d'autre maladie durant son mariage qu'une affection osseuse, consécutive à sa fracture. Il n'avait pas d'attaque, mais était très nerveux. Il disait que son enfant (notre malade), lui avait emporté sa maladie et qu'il était moins nerveux. — [*Père*, garde champêtre, est mort très âgé; on croit qu'il était sobre. — *Mère*, ménagère, morte de vieillesse. — Deux *frères* : l'un est mort étant soldat, d'un refroidissement, l'autre serait mort des suites d'une maladie vénérienne. — Une *sœur*, fille publique, alcoolique, est morte de la poitrine; elle aurait eu dans son pays, à quinze ans, un enfant qui est venu mort; elle est ensuite venue à Paris « faire la noce; » n'a pas eu d'autres enfants. — Un *oncle* est mort à Bicêtre aux vieillards. Pas d'aliénés, d'épileptiques, etc., dans le reste de la famille.]

Mère, quarante-sept ans, couturière, taille ordinaire, physionomie indifférente, assez intelligente cependant. Elle a perdu son père quand elle avait sept ans : « J'ai été menée à coups de pieds, à coups de poings, chez l'un, chez l'autre, à la campagne où je gardais les bestiaux. » Pas de convulsions dans son enfance, croit-elle. Réglée à douze ou treize ans, mariée à vingt-six, ménopause à quarante-six. Sujette depuis sept à huit ans à des douleurs de tête; pas de migraines; pas d'attaques; n'est pas nerveuse. [*Père*, cultivateur; *excès de boissons*, mort à la suite d'une chute avec fracture de côtes. — *Mère*, morte à soixante-huit ans, « après avoir traîné »; travaillait aux champs, était colère, n'avait pas d'attaques. — *Grands-parents maternels* devenus aveugles à la fin de leur vie; du *côté paternel*, pas de renseignements. — Quatre *frères* vivants et bien portants, qui ont eu deux, six, un et deux enfants, sur la plupart desquels on n'a pas de renseignements. Pourtant l'un de ceux qui sont à Paris est bien portant, mais a eu beaucoup de *convulsions* étant jeune; il a deux enfants qui ont eu des *convulsions répétées*. — Une *sœur*, morte à son retour d'âge, n'avait pas d'attaques. — Point d'épileptiques, d'aliénés, de criminels, etc.]

Pas de consanguinité. — Sept *enfants* : 1° *notre malade*; — 2° garçon, dix-sept ans, cordonnier; a eu des *convulsions internes* dans la première enfance; puis, de trois à quatorze ans, des douleurs de tête sans vomissements, pendant lesquels il devenait « rouge comme un coq ». Intelligence médiocre : « il n'a pas trop de

débouchés» ; — 3° fille bien conformée, morte à deux mois « d'une espèce de *méningite*, en quinze jours », avec *convulsions internes* ; — 5° garçon, treize ans ; pas de convulsions ; n'est pas fort ; mais il est intelligent et très vif ; apprend bien ; — 5° garçon mort à trois jours on ne sait de quoi, était né à terme ; pas de convulsions ; — 6° fille morte à quatre ans et demi de *méningite*, avec *convulsions*, en quatorze jours ; — 7° fille, morte du croup à trois ans.

Notre malade. Au moment de la *conception*, le mariage datait de 3 mois. Il est probable que le père était *ivre*, car il était surtout porté aux rapports sexuels quand il avait bu. Au point de vue de l'hérédité paternelle, il ne paraît pas y avoir eu d'interposition ; « Bien que j'aie eu beaucoup de misères, dit la mère de l'enfant, je n'ai eu que mon mari. » — *Grossesse* bonne, sauf quelques disputes avec son mari à cause de ses excès. Pas de misère exagérée, pas de coups, de peurs, pas d'alcoolisme. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. — A la *naissance*, l'enfant avait trois fois le cordon autour du cou ; cependant on croit qu'il n'était pas bleu ; on ne l'a pas frotté. (Son second enfant avait un circulaire du cordon autour du cou et était cyanosé.) — Elevé au sein par sa mère jusqu'à dix-huit mois. A trois ou quatre mois, *premières convulsions ;* jusque-là il était fort et paraissait bien venir. Les convulsions portaient sur les yeux ; on ne peut rien dire des bras ni des jambes. Ces convulsions ont duré huit à dix jours avec des intervalles. Il écumait un peu ; le ventre était flasque ; « les boyaux tombaient tellement il était faible. » Les *secondes convulsions* sont venues environ quinze jours après ; elles ressemblaient aux premières, venaient par intervalles, on ne peut rien dire de l'état des membres. Il refusait le sein et était « tombé en *étisie* ». De six à dix mois, il était si faible qu'il était « comme un enfant mort ». A cette dernière époque, il eut sur la tête des croûtes très abondantes, « comme il n'y en a pas beaucoup ». Elles ont beaucoup suppuré ; cela a duré jusqu'à treize mois. Il a eu au cou des *glandes* qui ne se sont pas abcédées. Jamais d'ophtalmie ni d'otite. « Cette gourme l'a sauvé, mais il est resté décharné comme un vrai squelette jusqu'à trois ans. Je le cachais dans une pelisse parce que je craignais qu'on m'accusât de ne pas le soigner. » *On a essayé de le faire marcher, sans résultat ;* on lui donnait des bains de lie de vin, de sel ; des bains dans de l'eau de tripes ; on le couchait sur la fougère, etc. Il a commencé vers neuf ans à se traîner par terre, sur le *côté gauche*. Il se servait un peu de la main gauche ; par exemple, pour gratter la terre, creuser un trou. La *parole* a toujours été absente, il cherchait à se faire comprendre par signes, par des grognements. La *mémoire* est bonne ; il suffit qu'il voie une personne une fois pour se la rappeler, il affectionne sa mère, ses frères ; il est caressant. Avant l'entrée à l'hospice, il

était emporté, il fallait lui céder. Il ne déchirait pas, n'était ni gourmand ni voleur. Il a *bavé* jusqu'à sept ou huit ans au point qu'il mouillait tout ce qu'il avait devant lui. Pas de succion, de rumination, pas d'onanisme; sommeil bon, pas de cris nocturnes, pas de douleurs de tête appréciables pour les parents. *A partir de l'âge de six mois, il n'aurait plus eu de convulsions.*

Pas de vers; rougeole à cinq ans, pas d'autres fièvres; coqueluche modérée vers huit ans et demi. Depuis son entrée à Bicêtre, il n'aurait pas fait de grandes maladies. Il a toujours été sujet aux engelures et en a eu également ici.

1881. 16 *septembre.* — *Poids*, 40 kilogr. 300. — *Taille*, 1m,45. Cet enfant est gâteux et par conséquent en robe. On le fait manger. Il passe d'habitude son temps couché ou assis sur un fauteuil. Parole et marche nulles. — *Traitement* : toniques; exercices de marche; de plus, on le placera trois fois par jour sur le vase pour le rendre propre.

31 *juillet.* — *Poids*, 41 kilogr. 20. — *Taille*, 1m,50.

1882. 1er *juin.* — *Poids*, 41 kilogr. 20. — *Taille*, 1m,55. — *Traitement :* mêmes exercices que précédemment. *Hydrothérapie* du 1er juillet au 30 octobre: deux de ses camarades le maintiennent sous la douche en le tenant par les bras. — Il s'est amélioré surtout sous le rapport du gâtisme et a été mis en culotte au commencement de l'année.

30 *juin.* — Depuis près de dix mois, il ne lui est arrivé que quelques fois d'uriner dans sa culotte, et alors il en est très vexé. Amour-propre assez développé, très affectueux. On l'exerce tous les jours à marcher et il commence à y arriver en se tenant aux lits. Il est allé au concert le 27, était très heureux, manifestait sa joie par des « hou hou » et essayait d'applaudir. Dans le service, il joue presque le rôle de gendarme et, par ses gestes et ses cris, attire l'attention quand un enfant fait mal. Il mange seul, mais ne peut se servir que de la cuiller qu'il tient de la main gauche. Montre qu'il désire continuer les douches.

Décembre. — *Poids*, 40 kilogr. 70. — *Traitement* : injections hypodermiques de liqueur de Fowler. Cinq gouttes par jour (sol. à 10[10. — 11 *décembre*, six gouttes. — 15 *decembre*, sept gouttes. On augmente quotidiennement la dose et on arrive à onze gouttes le 28 décembre. Pas de symptômes généraux, pas d'accidents locaux, sauf de petites indurations avec la solution glycérinée.

1883. *Janvier.* — *Poids*, 41 kilogr. 70 ; *taille*, 1m,55.

11 *janvier.* — 4 gouttes de liqueur de Fowler. Ni accidents locaux, ni accidents généraux. Les symptômes choréiformes ne paraissent aucunement modifiés.

16 *février.* — A la suite des injections, il s'est produit trois à

quatre noyaux sous-cutanés du volume d'une noisette, à la face postérieure de l'épaule et à la naissance du bras gauche ; ils sont indurés, douloureux et un peu rouges.

1er *mars*. — Les injections ont été continuées à 20 gouttes depuis le 11 février.

12 *mars*. — *Suppression du traitement*, qui n'a produit aucune amélioration.

26 *mai*. — *Dentition*. Mâchoire supérieure, seize dents bien rangées, saines; mâchoire inférieure, treize dents; manquent une molaire droite, deux premières molaires gauches, une molaire droite cariée. Articulations normales; voûte palatine profonde et bien développée; gencives en bon état.

30 *juin*. — *Poids*, 39 kilogr. 60; *taille*, 1m,55. — *Traitement* : Hydrothérapie du 4 mai au 10 novembre. Le malade est arrivé à pouvoir marcher soutenu sous les bras ou en allant de lit en lit.

1884. *Janvier*. — *Poids*, 45 kilogr. 60; *Taille*, 1m,55. — Hydrothérapie du 1er avril au 11 octobre, et exercices de marche.

1er *juillet*. — On le descend dans la cour tous les jours, *il continue à être propre*. Même état choréique. Il continue à indiquer par signes ce que les autres font, et avertit en cas d'accidents. Il avait pris en affection une personne du service et lui envoyait les fleurs qu'on lui donnait.

Organes génitaux. — Au pénil, poils longs, roux et très fournis. Verge petite, gland découvrable, méat normal, bourses pendantes, testicules peu volumineux. Pas d'onanisme : il proteste énergiquement contre cette allégation : et dit *non*, *non*, avec des gestes multipliés.

1884. 4 *août*. — *Etat actuel*. — *Crâne* ovoïde, régulier, paraissant symétrique.

	1884	1887
Circonférence horizontale	0m 54	0m535
Demi-circonférence verticale	—	0, 34
Distance de la racine du nez à la protubérance occipitale externe	—	0, 36
Diamètre antéro-postérieur	0, 18	0, 185
Id. bi-orbitaire	0, 11	0, 12
Id. bi-pariétal	0, 141/2	0, 1451/2
Id. bi-auriculaire	—	0, 135

Face ovale, régulière, symétrique. *Front* moyen, ni saillant, ni fuyant. Arcades orbitaires assez proéminentes, surtout en dehors. Nez droit, moyen, narines très écartées. *Yeux* très fendus, iris gris bleuté, pupilles égales, contractiles ; cils et sourcils longs et très abondants, pas de lésions oculaires. Pas de *nystagmus*. — *Oreilles* grandes ; bien détachées, peu ourlées ; lobule non adhérent. — *Bouche* moyenne, lèvres ordinaires.

Lemai.. contracte souvent sa lèvre supérieure de sorte qu'il s'y forme des plis verticaux sur la ligne médiane et sur les côtés, obliques en dehors et en haut. Parfois il rit bêtement, et pince sa lèvre inférieure entre ses dents. Mâchoires régulières et symétriques. *Cou* assez gros, sans rien de particulier.

Thorax large, bien conformé. Les creux sus et sous-claviculaires sont très accusés. Pas de déformation du rachis. Boutons d'acné en avant et sur les deux tiers supérieurs du dos.

Membres supérieurs assez bien conformés. L'épaule gauche descend beaucoup plus que la droite. Demande-t-on à L... de donner une poignée de main, il y arrive assez facilement de la main gauche. Sa main et ses doigts se mettent alors dans l'extension et l'abduction; et il ne peut rejoindre la main tendue qu'en imprimant à la sienne de légères oscillations. Au repos, la main étant dans l'extension, l'annulaire et le petit doigt sont légèrement fléchis comme dans la rétraction palmaire. Il tend la main gauche le bras fortement tendu, ainsi que l'avant-bras. Quand on écarte de force le pouce de la paume de la main où il est fléchi, cette paume se tourne vers le sol, les doigts fortement étendus. (PLANCHES III et IV.)

Membres inférieurs.— Ils sont égaux et n'offrent aucune déformation.

Le malade étant couché sur son lit, l'*attitude* est la suivante : les cuisses sont légèrement fléchies sur l'abdomen, les genoux rapprochés, les jambes un peu fléchies sur les cuisses; les pointes des pieds fortement portées en dedans se touchent. On ne peut ramener les membres dans l'extension, même avec une certaine force, à cause de la contracture musculaire. Les mouvements, même communiqués, sont impossibles dans les articulations tibiotarsiennes. Les muscles postérieurs de la jambe sont contracturés. Le second orteil est croisé sur le premier, qu'il déborde même en dedans. Voici les mensurations des membres :

a) Membres supérieurs.

	DROIT	GAUCHE
Circonférence à 10 cent. au-dessous de l'acromion. .	26 1/2	27
— 8 cent. au-dessus de l'épicondyle. .	22	22
— 5 cent. au-dessous	23 1/2	24

b) Membres inférieurs.

	DROIT	GAUCHE
Circonférence au pli fessier.	43	43
— à 10 cent. au-dessus de la rotule . . .	32	32
— à 10 cent. au-dessous.	27	28
— à 8 au-dessus des malléoles.	20	21

	M. DROITE	M. GAUCHE
Dynamomètre Mathieu, moyen	7	15

La *respiration*, la *circulation* et la *digestion* s'exécutent bien. La

vue et l'*ouïe* sont bonnes ; le *goût* et l'*odorat* sont conservés. Les *réflexes tendineux sont plutôt exagérés.* — *Poids*, 43 kilogr. 50. — *Taille*, 1^m,55.

1885. *Janvier.* — *Poids*, 42 kilogr. 90. — *Taille*, 1^m,55.

17 *juillet.* — Malade tranquille, a fait quelques progrès sous le rapport de la marche, de la préhension, etc.

Puberté. — Moustache fine et blonde, barbe assez abondante au menton et aux deux joues. Poils roux, longs, abondants au pénil. Bourses pendantes. Testicules égaux, du volume d'une petite noix. Verge : circonférence 8 c. et demi ; longueur, 7 c. et demi. Gland en partie découvert, découvrable ; méat normal. Pas d'onanisme.

Poids, 44 kilogr. 700. — *Taille*, 1^m,55. — *Traitement* : hydrothérapie du 4 avril au 24 octobre ; exercices.

1886. *Février.* — *Poids*, 49 kilogr. — *Taille*, 1^m,55.

28 *avril.* — Se porte bien, mange, bien. Reste le plus souvent assis dans un fauteuil, avec des mouvements d'*athétose*, surtout de la main gauche. Il rit facilement, répond par gestes quand on l'interroge et continue à s'exercer à marcher dans la salle.

6 *mai.* — Le malade présente sur chaque second orteil une *ulcération* grande comme une lentille, due probablement à sa chaussure.

14 *mai.* — L... est descendu hier deux heures dans la cour et a marché en se tenant au dos des bancs. Ce matin, à l'infirmerie, nous le faisons marcher pour constater ses progrès sous ce rapport. Il marche en se tenant aux lits ; il rit largement et pousse des grognements continuels pour exprimer son contentement de montrer ce qu'il sait faire. Sa marche est gênée considérablement par les mouvements choréiformes exagérés qui lui font tordre et contracter le tronc, les quatre membres et le cou à chaque pas qu'il fait. Dans la journée, il reste assis sur un fauteuil, les jambes repliées et croisées très fortement l'une sur l'autre. Leur attitude un peu forcée est constante et s'exagère à chaque geste qu'il essaye de faire pour saluer ou essayer de parler quand on s'approche de lui.

23 *juillet.* — Le malade est toujours doux et tranquille, d'un bon caractère. Il continue plus fréquemment qu'autrefois à s'essayer à marcher, soit en se tenant aux lits, soit en poussant le dos d'un fauteuil devant lui. Dans ce cas, tous ses mouvements sont exagérés et provoquent par tout son corps des mouvements réflexes de la plus grande étendue. Quand il veut, par exemple, lever la jambe, elle se plie à angle droit sur la cuisse qui se plie elle-même à angle droit, ou même à angle aigu sur le bassin. L'autre aussi se fléchit en même temps, ce qui rapetisse le malade et lui donne une allure ramassée (PLANCHES III et IV). Mais ce n'est pas tout, les membres supérieurs qu'il étend pour se soutenir aux

objets voisins dessinent des mouvements très étendus, les avant-bras se fléchissent sur les bras, les mains s'abattent, grandes ouvertes sur les barreaux des lits, en même temps le tronc et le cou se contournent et les plis de la face, autour de la bouche se tirent, ce qui donne à Lemai.. un aspect grimaçant très marqué. Il rappelle un peu, quand il essaye de marcher, un polichinelle dont on tirerait tous les fils, de façon à mettre ses membres dans des attitudes extrêmes. Au repos, nulle exagération des réflexes; parfois nul mouvement; il reste accroupi dans son fauteuil, les membres fléchis, les doigts fermés. Il comprend ce qu'on lui dit, fait remarquer par ses signes les irrégularités qui se commettent dans la salle. Il essaye de manger seul, avec une cuiller, mais à cause de ses grands mouvements, il répand la moitié du potage. Il s'essaye aussi avec la fourchette et réussit mieux à saisir la viande. Selles régulières, volontaires, tous les matins. Il sait se faire comprendre quand il a besoin d'assistance pour aller au bassin. On le fait descendre tous les jours dans la cour *où il marche à l'aide d'un chariot.* Sa mère a pu le prendre en congé pendant huit jours, ce qui n'avait jamais été possible auparavant.

1er *août.* — *Poids*, 40 kilogr.; *taille*, 1m,55.

1887. 1er *janvier.* — *Poids* : 40 kilogr. 200. — *Taille* : 1m,55.

— *Puberté.* Moustaches blondes rousses, assez fournies, barbe assez abondante ; poils longs, moyennement abondants sous les aisselles, rien au sternum ; trois ou quatre poils aux mamelons. Bourses pendantes, testicules de la dimension d'une grosse noix à droite, d'une petite à gauche. Poils roux, longs, raides, assez abondants sur tout le pénil. Verge : circonférence, 8 centim.; longueur, 8 centim. 5. Gland un peu conique, méat normal. Poils assez abondants sur les cuisses, aux fesses et à l'anus. Quelques poils sur les reins ; pas d'onanisme. Il ne gâte plus déjà depuis longtemps. — La *miction* et la *défécation* sont normales.

Le *caractère* de ce malade est toujours doux. Son rire ressemble à un grognement. Sa *parole* se traduit toujours par des éclats de voix. Quand il veut parler, sa figure se contracte, se tord plus ou moins sur le cou ; il hésite comme un bègue et finit par lancer un son ou un mot très bref. C'est ainsi qu'il dit : « Non, merci. Ah ! merde. » Il comprend ce qu'on lui dit : « Où est ton nez ? » Il répond : « Là. » Il désigne parfaitement toutes les parties de son corps. Il est aisé de voir que ce n'est pas un aphasique et que le tétanisme des muscles vocaux qui se produit dès qu'il essaye de proférer un son, est le grand obstacle à sa parole. Il mange généralement seul et assez proprement; mais, pour boire, il est indispensable qu'on l'assiste. Il y a un progrès notable dans les mouvements des jambes; il essaye de s'habiller lui-même, dit : « Attends » à l'infirmier qui veut l'aider. Les mouvements ont un

peu diminué d'amplitude, mais ont conservé ce caractère d'être constants, à l'occasion de tout mouvement volontaire ou provoqué, et de tendre à se généraliser, quel que soit le groupe musculaire mis en jeu. Lem.... avance assez bien son chariot. Sa mère le fait sortir tous les deux mois depuis qu'il est habitué au chariot. — Il a pris des douches jusqu'au 31 octobre dernier. En raison de l'amélioration considérable qui s'est produite, nous avons signé le passage de ce malade dans l'une des divisions de l'hospice.

Un nouvel examen de Lem..., fait en même temps et comparativement avec celui de Derno..., nous a permis de vérifier l'exactitude de la description qui précède, et de la rendre plus précise à quelques égards.

Assis, Lem... a les bras allongés sur le devant du tronc et tient sa main droite avec la gauche; la jambe droite est croisée sur la gauche. De temps en temps, on observe des contractions des muscles des membres inférieurs qui sont soulevés, ainsi que les épaules, des mouvements dans les doigts, des grimaces de la face: la bouche paraît serrée, comme s'il y avait une contraction permanente des lèvres qui se plissent parfois; souvent, la bouche se fronce et s'ouvre en cul de poule.

La *physionomie* offre tantôt une expression de niaiserie, tantôt une sorte d'expression d'inquiétude. Lem.... rit très facilement, pour la moindre chose; alors, tous les plis de la face sont très prononcés; la bouche s'ouvre largement, les paupières se ferment en partie et la patte d'oie se creuse, mais un peu moins que chez Derno...

La *parole*, chez lui, est très limitée; il dit: « Non, papa, maman, merde, salope, couillon. » Il répète devant nous, les trois premiers mots; nous voulons lui faire répéter les autres, ce qui le contrarie: ses lèvres se serrent l'une contre l'autre, les commissures labiales s'abaissent, le menton se plisse, les yeux s'ouvrent. Il paraît qu'il en est ainsi chaque fois qu'il est contrarié. Lorsque Lem... parle, la langue reste presque tout le temps contre le plancher buccal et presque toujours, la bouche s'ouvre largement dès que le son est sorti. Si on essaye de lui faire prononcer d'autres syllabes, il dit: « Ia, ia. »

Il allonge la langue, mais il la maintient en appuyant sur elle la lèvre supérieure; il ne peut la porter à gauche ou à droite, ni en haut. La difficulté de la tenir allongée et libre est due peut-être aux contractions énergiques des muscles de la face qui accompagnent chaque effort. *La langue ne tremble pas.*

La *préhension* présente des particularités qui ont la plus grande similitude avec celles que nous avons relevées chez Derno... Quand Lem... veut *prendre un verre*, les membres supérieurs décrivent

de grands mouvements. Le bras droit s'élève, et la main se porte à la hauteur de la tête et un peu en arrière, en même temps que le tronc s'incline à droite et en arrière, le côté gauche se tournant vers l'objet à saisir. Le bras gauche s'allonge et Lem... prend, après avoir exécuté des mouvements choréiformes à amplitude assez larges mais sans déviation du but, le bord du verre entre le pouce et les autres doigts, puis il porte le verre à sa bouche. Dans cette dernière phase de l'acte, les mouvements choréiformes sont très peu prononcés tandis qu'ils l'étaient notablement dans la première phase.

La *préhension de la cuillère* exige les mêmes préparatifs : élévation du bras droit, inclinaison du tronc, etc.; puis, il saisit la cuillère avec des mouvements choréiformes qui la font quelquefois sauter sur place; celle-ci étant saisie, après quelques courtes oscillations accompagnant le geste de la remplir, il la porte à la bouche vivement et presque sans tremblement. Une fois l'acte exécuté une fois, il le répéte ensuite facilement.

Dans l'*acte de se lever de sa chaise*, Lem... penche le tronc en avant, étend fortement les bras dans la même direction ; les cuisses sont rapprochées, les genoux collés, les jambes très écartées, les muscles de la face se convulsent et semblent faire un effort considérable absolument comme chez le malade de la première observation.

Dans la *marche*, qui n'est possible qu'avec un aide, Lem... soulève les pieds plus qu'il n'est nécessaire, appuie le pied gauche sur l'avant-pied et son bord externe; le pied droit, qui se soulève plus haut que le gauche, appuie sur la pointe et le bord interne. Chez Lem..., les *caractères de la marche* sont absolument semblables à ceux que nous avons constatés chez Derno... avec cette seule différence que la marche est beaucoup plus imparfaite. Sous l'influence des émotions même légères les mouvements des membres et du tronc et les grimaces de la face s'exagèrent à un haut degré.

Les *sens* sont normaux. Lem... paraît connaître les *couleurs*, bien qu'il ne puisse pas les nommer ; il n'y a *pas de nystagmus*, le *réflexe à la lumière* et le *réflexe d'accommodation* sont intacts.

La *sensibilité générale* est conservée dans ses différents modes; la sensibilité au chatouillement est moins exagérée que chez Derno... — La sensibilité des *muqueuses* auriculaire, oculaire et nasale est conservée, mais la sensibilité de la muqueuse palatine paraît *très* obtuse.

L'*examen au lit* permet de constater que le *réflexe rotulien* est conservé des deux côtés, qu'il en est de même de la *force musculaire* et de la *direction des mouvements*, même quand les yeux

sont fermés. Ajoutons que le malade a un sentiment exact de la *flexion* et de l'*extension* des membres. — Au *dynamomètre* Mathieu moyen on trouve 5 des deux côtés.

Dans la *marche à pieds nus,* on constate de nouveau que les pieds s'élèvent outre mesure, que les talons, surtout le droit, ne touchent pas le sol et que les orteils sont animés de *mouvements d'athétose*. La marche ne paraît pas modifiée, lorsque les yeux sont fermés.

Lem... comprend tout ce qu'on lui dit et se rend un compte exact de tout ce qui se fait autour de lui ; il sait très bien différencier ce qui est bien de ce qui est mal, il a une bonne mémoire, il est affectueux et très émotif.

Dans un prochain article nous ferons ressortir l'*analogie* du *début*, des *symptômes* et de la *marche* de la maladie chez les deux sujets qui font l'objet des observations qui précèdent et nous essaierons de montrer les *différences* qui séparent l'affection dont ils sont atteints, des maladies qui paraissent s'en rapprocher le plus : la *chorée*, la *sclérose en plaques*, l'*ataxie locomotrice* et l'*ataxie héréditaire*.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XI. Cas d'atrophie musculaire progressive du a une hydromyélie ; par M. le Dr C. Wallis.

Un paysan de trente-huit ans avait commencé à s'apercevoir, il y a dix-huit ans, de l'affaiblissement de sa main droite, puis bientôt d'une dépression entre les métacarpiens. Les mêmes altérations commencèrent à se produire à la main gauche, il y a sept ou huit ans. Lors de l'entrée du sujet à l'hôpital Sabbatsberg, le 3 janvier 1885, la main droite était en forme de griffe (« in Krallenstellung »), avec atrophie des muscles interosseux, ainsi que des éminences thénar et hypothénar. Cet état existait également, quoiqu'à un moindre degré, à la main gauche, qui n'était toutefois pas crochue. Les muscles du bras et de l'épaule du côté droit étaient aussi légèrement atrophiés. On constata, en

outre, un empyème du côté droit datant du mois d'octobre 1884, la principale raison qui avait amené le malade à demander son admission à l'hôpital, et dont il mourut au bout d'une semaine.

A l'autopsie, il fut découvert, outre l'empyème à droite, une atrophie assez marquée des muscles de la main droite, qui présentaient de minces faisceaux d'un rouge jaune pâle, englobés dans de la graisse ; atrophie moins considérable de la main gauche. La même atrophie et les mêmes altérations évidentes aux deux avant-bras, ainsi qu'à un degré notable au niveau du deltoïde et du muscle grand dentelé du côté droit.

L'examen microscopique montra que sur la plupart des points des parties atrophiées, les fibres musculaires avaient perdu leurs stries transversales et se trouvaient en voie de dégénération graisseuse; le tissu conjonctif interstitiel était très abondant et rempli de graisse. A peu près à un centimètre au-dessous de la moelle allongée, le canal central de la moelle épinière se dilatait peu à peu. Au niveau de l'origine de la deuxième et de la troisième paire cervicales, il atteignait un diamètre de près de cinq centimètres. Une atrophie excessive des cornes antérieures saute immédiatement aux yeux, tandis que les cornes postérieures ne sont pas atrophiées, mais refoulées. La dilatation du canal continue sans diminution et en conservant une forme parfaitement symétrique à travers toute la partie cervicale; passé cette partie, elle commence à diminuer, de même que l'atrophie des cornes antérieures ; mais ce n'est qu'au commencement de la partie lombaire que la moelle épinière présente une section transversale parfaitement normale. La moelle épinière n'est évidemment dilatée dans sa totalité qu'à sa partie cervicale. La paroi du canal central dilaté se compose d'une membrane scléreuse, blanche, d'environ un centimètre d'épaisseur contenant un liquide transparent, très fluide. (*Rapport d'exercice de l'hôpital de Sabbatsberg*, à Stockholm pour 1885.) A. R.

XII. Paralysies radiculaires supérieures du plexus brachial, d'origine professionnelle ; par C. Vinay. (*Lyon méd.*, 1886, t. LIII.)

L'observation qui fait la base de ce travail est celle d'un individu jeune et bien portant qui, à la suite d'une compression permanente exercée par une courroie sur la région sus-claviculaire gauche, a été atteint d'abord de quelques troubles sensitifs fugaces, puis d'une paralysie des muscles de l'épaule et du bras correspondants (type Duchenne-Erb.). Les réactions électriques ont toujours été normales. La guérison est survenue graduellement, grâce à l'emploi des courants faradiques, du massage, etc.

G. D.

XIII. Paralysie infantile ; tuberculose pulmonaire ; hémiplégie droite ; diagnostic fait au lit du malade : « Tubercule cérébral ». — Autopsie confirmative ; découverte du bacille de Koch dans l'intérieur du tubercule ; par M. Sigaux. (*Lyon méd.*, 1886, t. LIII.)

Homme de quarante-trois ans qui, à la suite d'une paralysie infantile, conserva une impotence presque absolue des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche. Tous les deux ou trois mois depuis un an, il était sujet à des attaques apoplectiformes, sans perte de connaissance. Au mois de février 1886, il eut une attaque d'hémiplégie droite et quelque temps après mourut de tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère gauche un gros tubercule occupant le lobule paracentral et qui empiétait sur les circonvolutions pariétale et frontale ascendantes et sur la circonvolution pariétale supérieure. Autour de ce tubercule, il existait une zone de ramollissement inflammatoire. — On constata la présence de bacilles dans la tumeur. G. D.

XIV. Essai sur l'hémichorée symptomatique des maladies de l'encéphale ; par H. Bidon. (*Rev. de Méd.*, 1886.)

Sous le nom d'hémichorée symptomatique l'auteur englobe tous les genres d'incoordination motrice consécutifs à une lésion cérébrale, sauf la trépidation épileptoïde. Il classe ces divers genres en deux groupes suivant que l'incoordination se montre soit pendant le repos seul ou durant le repos et le mouvement (*hémichorée proprement dite*, *athétose*, *hémiparalysie agitante*) soit seulement pendant les mouvements voulus (*hémiataxie*, *hémisclérose en plaques*), puis il passe rapidement en revue les principaux caractères de ces différents troubles moteurs.

Etant donné un cas d'hémichorée, la nature de l'altération causale n'est pas révélée par ce seul symptôme. En général l'hémichorée se rattache à l'hémorrhagie ou aux ramollissements centraux mais elle peut aussi se montrer dans les abcès, les tumeurs, les traumatismes de l'encéphale, etc... L'aspect clinique est toujours le même malgré la diversité des conditions étiologiques.

La constatation de l'hémichorée seule ne nous permet pas davantage de prévoir le siège de la lésion, elle indique seulement que cette lésion occupe un point quelconque du faisceau pyramidal dans son trajet des circonvolutions à la moelle.

Il n'y a pas de centre distinct pour chaque variété d'incoordination.

Cette incoordination tient à la déséquilibration de l'antagonisme musculaire. L'équilibre est rompu à peu près toujours par la contracture (Brissaud), et quelquefois par la paralysie (Ricoux). Le diagnostic pour être complet doit nous apprendre à quel type de mouvement nous avons affaire et nous renseigner sur le siège et la nature de la lésion. Quant au traitement, il faut se laisser guider par les indications, prescrire un traitement général s'il existe une diathèse, surtout la syphilis, et combattre l'hémichorée elle-même par la gymnastique rationnelle, les courants continus et surtout l'application de l'aimant. G.-D.

XV. Un symptome fréquent de neurasthénie; par O. Rosenbach. (*Centralbl. f. Nervenheik*, 1886.)

Tandis que les individus atteints d'une affection organique des centres nerveux ferment au commandement sur-le-champ, complètement, vigoureusement, les yeux, les névropathes simples se mettent d'abord à cligner, ne fermant qu'incomplètement les paupières, laissant le jour passer à travers une fente étroite, et rouvrent les yeux immédiatement pour regarder autour d'eux avec effroi, avec angoisse. En vain leur renouvelle-t-on l'injonction de fermer les yeux complètement, leurs efforts convulsifs demeurent vains et la comédie de tout à l'heure recommence; plusieurs injonctions n'aboutissent qu'à une occlusion de courte durée, ou même ils demeurent impuissants malgré leur bonne volonté. Il semble que le neurasthénique soit préoccupé jusqu'à l'angoisse de l'idée qu'il va fermer l'œil, il craint une surprise désagréable, soit de la part de l'entourage, soit de la part de son système nerveux; un vertige, par exemple; en outre ses muscles indisciplinés ont peine à obéir à une énergique injonction et toute contraction énergique est impossible à obtenir d'un appareil musculaire fatigué. P. K.

XVI. Troubles nerveux chez les arthritiques; par le Dr Deligny (de Toul). (*Lyon médic.*, 1886, t. LII.)

Les cinq observations contenues dans ce travail sont celles de malades qui ont été soignés à Saint-Gervais pour des troubles nerveux divers (insomnie, tristesse extrême, dégoût de la vie, frayeurs nocturnes, etc...). Tout en reconnaissant que ces troubles nerveux ont eu pour cause immédiate des influences dépressives

(chagrins violents, déceptions, ménopause, etc...), l'auteur croit qu'ils doivent être rattachés à la diathèse arthritique, dont les malades avaient présenté diverses manifestations (goutte, gravelle, rhumatisme, céphalées, etc...) dans le cours de leur vie, et qu'ils sont le résultat du trouble apporté par cette diathèse à la nutrition du système nerveux. Au point de vue du traitement, l'auteur proscrit l'hydrothérapie et conseille une cure thermale par les eaux chlorurées sulfatées faibles. G. D.

XVI. Glycosurie au cours de la sclérose en plaques; par Mlle B. Edwards. (*Rev. de Méd.*, 1886.)

Ayant observé de la glycosurie chez un malade atteint de sclérose en plaques, du service de M. Charcot, Mlle Bl. Edwards a rapproché de cette observation quelques cas analogues trouvés dans les auteurs et tiré de l'examen de tous ces faits la conclusion suivante : dans le cours du tabes, de la sclérose en plaques, et, en général de toutes les affections des centres nerveux, caractérisées par des lésions scléreuses progressives et diffuses, on peut voir survenir une glycosurie assez persistante qui dépend de l'existence de ces lésions scléreuses au niveau du plancher du quatrième ventricule. G. D.

XVIII. Sclérose en plaques. Grande amélioration survenue a la suite d'une fièvre typhoïde; par M. le Dr Couturier. (*Loire médicale*, 1886.)

Le sujet de cette observation est un homme de vingt-six ans, peintre-plâtrier, qui était soigné sans succès depuis près de deux ans pour une sclérose en plaques, d'origine inconnue. L'amendement des symptômes morbides et en particulier de l'épilepsie spinale, s'est brusquement produit au cours d'une dothiénentérie intercurrente, alors que tout traitement de l'affection médullaire était suspendu. G. D.

XIX. Note sur un cas de pseudo-méningite hystérique, simulant une méningite tuberculeuse; par le Dr Reynaud. (*Loire méd.*, 1886.)

Observation d'une jeune fille, âgée de quinze ans, qui présenta pendant plusieurs jours des symptômes de méningite tuberculeuse (céphalée, vomissements, constipation, délire, tache méningitique, ralentissement du pouls, etc...), sans élévation notable de la température. La maladie se termina par la guérison et l'auteur pense qu'il a eu affaire à un cas de pseudo-méningite de nature hystérique. La mère de cette jeune fille était névropathe, mais elle-même n'a jamais présenté aucun des stigmates de l'hystérie.

G. D.

XX. Quelques remarques sur le rapport qui existe entre le tabes ou la paralysie progressive et la syphilis ; par A. Struempell. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Soixante et un pour cent des tabétiques observés par l'auteur avaient eu certainement la syphilis antérieurement ; le tabes, exceptionnel chez les femmes des classes élevées, devient fréquent chez celles des classes inférieures. Quand il existe dans le premier cas, on constate la syphilis à coup sûr ou très probablement (anamnestiques, avortements répétés). Il en est de même pour la paralysie générale. De plus, ces deux maladies peuvent se transformer l'une dans l'autre alternativement ; elles présentent nombre de symptômes communs (allures des pupilles, des réflexes, et autres phénomènes spinaux). Enfin les altérations anatomiques du tabes se rencontrent très habituellement dans la paralysie générale. Ce sont donc les mêmes agents nocifs dépendant le plus généralement de la syphilis, qui atteignent, en un cas, le système des fibres périphériques et spinales (tabes), en un autre, sinon exclusivement, du moins surtout au début, certains territoires du cerveau (paralysie générale). P. K.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

I. Note sur les nerfs de l'articulation coxo-fémorale ; par M. R. Duzea. (*Lyon Méd.*, 1886, t. LII.)

D'après M. Poncet toutes les déformations de la coxalgie reconnaissent une cause générale constante : la contraction musculaire réflexe. Désireux de vérifier cette théorie M. Duzea a commencé par s'assurer, ainsi que l'avaient déjà établi Beaunis et Bouchard, que les nerfs de l'articulation coxo-fémorale proviennent *en avant* du plexus lombaire et *en arrière* du plexus sacré ; il a interrogé ensuite très minutieusement une série de coxalgiques sur le siège de leur douleur au début de la maladie, et il a constaté que chez tous les malades répondant au type de déformation caractérisée par la flexion, l'adduction et la rotation en dedans, la douleur avait constamment siégé au début *en avant* de l'articulation et que chez

ceux, au contraire, dont le membre était placé dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors, la douleur initiale siégeait *en arrière* un peu en dedans du grand trochanter. M. Duzea a conclu de ces faits qu'une douleur constante et localisée en un point défini devait être en relation avec une lésion localisée au même point et que celle-ci était le point de départ d'un réflexe dont la voie centripète et centrifuge se passait dans le plexus nerveux et, réagissant sur les muscles correspondants, produisait un type spécial de déformation. G. D.

II. Note sur les nerfs de l'articulation coxo-fémorale; par A. Chandelux. (*Lyon méd.*, 1886, t. LI.)

Des dissections nombreuses pratiquées par l'auteur résultent les faits suivants: 1° l'articulation de la hanche reçoit des nerfs de deux sources bien distinctes. En avant, les filaments nerveux proviennent du plexus lombaire par la branche musculo-cutanée interne du crural. En arrière ils sont fournis par le plexus sacré, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une branche musculaire; 2° les nerfs aboutissent plus particulièrement à la partie interne de la capsule; 3° la branche fournie par le crural est une bifurcation du nerf qui se rend au pectiné.

Ces données permettent d'expliquer comment dans certaines coxalgies d'origine capsulaire, la douleur est réveillée par la pression directe de la tête fémorale, au-dessous de l'arcade de Fallope, et par les mouvements de rotation en dehors. Les rapports du nerf articulaire antérieur avec le pectiné, muscle fléchisseur et adducteur de la cuisse, nous expliquent également qu'il suffit d'une lésion, de la portion antéro-interne de la synoviale pour déterminer l'adduction du membre avec rotation du pied *en dehors*. G. D.

III. Sur le centre cortical de la déviation conjuguée; par M. Ed. Blanc. (*Lyon méd.*, 1886, t. LII.)

Observation d'une malade qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie, présenta une hémiplégie droite avec déviation conjuguée des yeux et de la face à gauche.

A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère gauche un foyer hémorrhagique récent occupant le tiers moyen de la frontale ascendante (paralysie complète du bras droit), empiétant un peu sur le tiers supérieur de cette même circonvolution (paralysie incomplète du membre inférieur droit) et qui avait en outre détruit le pied de la deuxième frontale.

L'auteur pense que c'est à cette dernière lésion qu'il faudrait attribuer la déviation conjuguée des yeux. Cette observation viendrait donc à l'appui de la théorie de Ferrier qui tend à localiser le centre rotateur dans le pied de la deuxième frontale. On sait que d'autres auteurs (Grasset, Landouzy, Charcot, etc.) ont placé au contraire ce centre dans la région du lobule pariétal inférieur.

G. D.

IV. De la structure de la moelle chez les microcéphales. *Contribution à la connaissance de l'influence qu'exerce le cerveau antérieur sur le développement des autres parties du système nerveux central;* par Alexandra Steinlechner-Gretschischnikoff. *Appendice,* par M. Flesch. (*Arch. f. Psych.*, XVII, 3.)

L'auteur fait remarquer ce qui suit sur les deux observations décrites. Dans ces deux cas, on constate de la micromyélie, sans qu'il soit possible de la rattacher à des lésions localisées ; l'arrêt de développement de la moelle porte sur la substance blanche et, en particulier, sur les pyramides et les cordons de Goll, à un moindre degré sur les cordons antérieurs, et sur les faisceaux latéraux cérébelleux. Il semble que la région des cordons cunéiformes soit restée indemne. Une des préparations relatives au degré le plus accusé de microcéphalie témoigne de la diminution d'un certain nombre de cellules nerveuses. Il semble qu'il y ait dans l'espèce plutôt agénésie que dégénérescence. Les parties de la moelle les plus atteintes sont celles qui contiennent des trousseaux de fibres en rapport immédiat avec le cerveau, mais une partie des fibres y a persisté ; ce sont celles qui devaient se développer ultérieurement qui se sont arrêtées en route.

Conclusions. — 1° La formation des fibres nerveuses de la moelle qui correspondent aux pyramides dans les cordons latéraux est défectueuse dans les cas de destruction précoce du cerveau. La genèse de ces fibres est donc sous la dépendance directe de certaines parties du cerveau ; — 2° dans la région des pyramides, dans les cordons latéraux d'individus microcéphales, il existe encore, malgré les plus hauts degrés de malformation, un certain nombre de fibres. Cette région contient donc des fibres qui dépendent de portions centrales situées plus bas que le cerveau ; — 3° les cordons de Goll sont aussi en relation avec le développement normal du cerveau ; — 4° les fibres radiculaires des cordons antérieurs paraissent chez les individus microcéphales moins volumineuses. Mais, même chez les microcéphales très accentués, on les voit encore croître, ce qui prouve que leur développement ne dépend qu'indirec-

tement du cerveau et que cette dépendance est moins absolue qu'en ce qui concerne les faisceaux pyramidaux et les cordons de Goll; — 5° les cellules nerveuses des cornes antérieures sont en moins grand nombre chez les microcéphales très accentués. Donc un trouble précoce du développement cérébral peut arrêter cette formation cellulaire, et la formation de la substance grise spinale est soumise à l'influence de l'expansion cérébrale. P. KÉRAVAL.

V. DE L'INFLUENCE DE L'ÉCORCE DU CERVEAU SUR LA PRESSION SANGUINE ET L'ACTIVITÉ DU CŒUR; par W. BECHTEREW et MISSLAWSKY. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Expériences pratiquées sur des animaux curarisés, surtout chez des chiens : enregistrement; appareil d'induction de du Bois-Reymond ; utilisation de courants faibles produisant sur la pulpe du doigt humide, ou même sur la langue et les lèvres, une sensation à peine perceptible. Les électrodes sont formées par des aiguilles distantes l'une de l'autre de 4 à 7 millimètres. Les excitations corticales ne durent pas plus de trente secondes.

Excitation de la région motrice. — 1° Celle de la partie toute postérieure du gyrus sigmoïde (en arrière du sillon crucial), du segment postérieur des première et deuxième circonvolutions primitives, de la partie médiane de la zone antérieure du gyrus sigmoïde (en avant du sillon crucial), détermine une augmentation de pression qui s'établit à la suite d'une phase latente plus ou moins longue ; 2° la pression après avoir diminué augmente quand on excite différents points de la partie externe ou moyenne du segment antérieur du gyrus sigmoïde et la zone adjacente de la deuxième circonvolution primitive ; quelquefois cependant, dans ces conditions, on ne constate que de la diminution de pression. — 3° L'excitation de la région de passage entre le segment antérieur et le segment postérieur du gyrus sigmoïde (bord externe du sillon crucial) détermine généralement une augmentation de la pression qui s'installe après une période de latence ; quelquefois cependant la pression baisse. L'excitation des *parties moyennes de l'hémisphère* (lobe pariétal) en des points déterminés des deuxième et troisième circonvolutions originelles et sur l'extrémité postérieure de la *portion de la quatrième qui environne la scissure de Sylvius* détermine un abaissement de pression qui n'est jamais suivi d'hyperpression. C'est la *région occipitale* qui semble prendre le moins part à l'action vaso-motrice : action nulle sur la pression sanguine. En ce qui concerne le *cœur*, quelles que soient

les modifications de la pression que l'on obtienne par l'excitation de la *région motrice*, jamais le pouls ne bat plus vite ; quelquefois cependant on note au début un peu d'accélération suivi d'un léger ralentissement. Les autres régions n'ont pas décelé d'influence à cet égard.

Régions centrales du cerveau. Leur excitation détermine toujours une exagération de la pression sanguine. C'est surtout celle de la *couche optique* et du *globus pallidus du noyau lenticulaire* qui exerce l'action la plus nette. La pression est encore manifestement augmentée quand on excite la capsule interne ; c'est son segment antérieur qui paraît exercer la moindre hyperpression. L'effet le plus faible émane de l'excitation du noyau caudé (corps ou queue). Les résultats ne varient du reste pas lorsqu'on a réséqué les champs corticaux moteurs de l'animal et qu'on a, de ce fait, déterminé une dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux; par conséquent les ganglions centraux (globus pallidus du noyau lenticulaire et couche optique) ont bel et bien la propriété d'exagérer directement la pression sanguine. Et les hémisphères cérébraux renferment, en sus des faisceaux pyramidaux, des fibres corticales qui se rendent aux ganglions centraux et servent à transmettre les ordres de l'écorce à la tonicité vasculaire.

MM. Bechterew et Misslawsky mentionnent finalement que, d'après leurs dernières recherches, il arrive très souvent, en excitant la *surface du territoire antérieur de l'écorce*, qu'on observe d'abord de l'accélération du pouls puis du ralentissement, ou quelquefois inversement *mutatis mutandis*. *Si l'on sectionne les pneumogastriques*, l'influence d'arrêt de l'écorce sur le cœur disparaît.

Substance blanche (ablation couche par couche de l'écorce). — L'excitation d'un *point déterminé de la couronne rayonnante correspondant à la frontale ascendante* détermine un ralentissement extrêmement marqué, et, si l'on continue, l'arrêt du cœur en diastole (comme si on excitait le bout périphérique du pneumogastrique). — 2° L'excitation de la *partie postérieure de la couronne rayonnante* exagère la pression sans que le cœur soit en rien atteint.

Enfin l'excitation de la *portion externe de la couche optique* ralentit d'abord le pouls, puis arrête le cœur en diastole.

P. K.

VI. De la pression cérébrale et de la compressibilité du cerveau; par Grashey. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIII, 3.)

L'auteur a inventé un piézomètre qu'il décrit, et à l'aide duquel (nous passons la partie technique) il a mesuré la *compressibilité du cerveau* à diverses distances de la mort; cette compressibilité augmente rapidement à mesure que le cerveau de moins en moins frais, tend vers la putréfaction. Tant que les encéphales de poules demeurent frais, et cela même vingt-trois heures après la mort, la compressibilité à une atmosphère n'est que de 36 millionièmes 63, tandisque l'eau bouillie, sous une même pression, a une compressibilité de 46 millionièmes 23. Mêmes résultats sur des encéphales de pigeons sains. Donc, le tissu nerveux des animaux récemment tués est moins compressible que l'eau bouillie. — En ce qui concerne la pression contre la manière de voir d'Adamkiewicz [1] relative aux relations et à la dépendance qui existe entre le liquide céphalo-rachidien et la pression sanguine, M. Grashey rappelle que cette vérité physique change quand il s'agit de liquides en mouvement comme ceux qui occupent l'intérieur du crâne de l'homme vivant. Il rappelle son expérience [2]. Un tube élastique (vaisseau sanguin) traverse une cage fermée (crâne) à parois rigides, remplie de liquide (céphalo-rachidien), parfaitement étanche aux points d'arrivée et de sortie du tube. Fermons un des bouts du tube élastique et introduisons-y une quantité croissante de liquide (pression accélérée du sang), on a beau augmenter continuellement la pression par ce procédé, le tube élastique ne se comprime pas. Si, au contraire, on ouvre l'extrémité de ce tube, et que par suite il s'établisse un courant, on le voit se comprimer et la circulation s'arrêter.

P. K.

VII. Remarques sur la structure des cellules nerveuses ganglionnaires; par M. Flesch et H. Koneff. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Kreyssig a trouvé que les cellules nerveuses de la moelle (*Virchow's. Archiv.*, t. CII, p. 286) présentaient des aptitudes diverses à la coloration. Or, il en est de même et il s'agit des mêmes variétés de colorations, pour les cellules des ganglions spinaux, du ganglion de Gasser, des ganglions du grand sympathique. Cela dépend des variétés de structure (état granuleux, constitution et variétés d'aspect des noyaux). Toutes les cellules contiennent des vacuoles, et non seulement une vacuole centrale, mais plusieurs une foule de vacuoles marginales. Sans

[1] Voy. *Archives de Neurologie*.
[2] Voy. *Archives de Neurologie*, t. XI, p. 103; t. XII, p. 400.

doute c'est un phénomène cadavérique, mais en rapport avec les conditions de structure antérieures du protoplasma. (Voyez principalement le ganglion de Gasser du bœuf et du veau.) L'espace péri-cellulaire tient à leur genèse et à leur confluence, ou, du moins, la vacuolisation produit une série de phénomènes en vertu desquels le protoplasma se détache graduellement de la capsule. P. K.

VIII. Etat céphalométrique dans la cécité corticale congénitale ; par M. Benedikt. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Chez un malade de 35 ans, aveugle de naissance, ne présentant plus que des traces de perception lumineuse de l'œil gauche, (altération papillaire, mai 1884), atteint en mai 1885 de choroïdite bilatérale avec glaucome de l'œil droit, on constate une *aplasie* manifeste de l'*os interpariétal* (*écaille de l'occipital*). M. Benedikt en conclut qu'il existe concurremment une aplasie des lobes occipitaux, ou des centres visuels de Munk. Il est évident que cet état ne se rencontre que dans la cécité congénitale ou précoce procédant d'une aplasie corticale du lobe occipital. Cette observation est donc des plus intéressantes. P. K.

IX. Contribution a l'étude de l'innervation des mouvements de l'expression ; par P. Rosenbach. (*Neurol. Centralbl.*, 1886.)

Observation de lésion en foyer probable (absence d'autopsie) de l'hémisphère droit, n'ayant pas atteint les faisceaux de la motilité volontaire (hémiplégie passagère, rétablissement presque complet des mouvements du bras et de la face), mais ayant produit une paralysie isolée de la mimique dans la moitié gauche de la face. Par suite, il y a lieu de supposer que les faisceaux cérébraux qui président à l'innervation des jeux de la physionomie sont séparés de ceux qui président à la motilité volontaire. Cette paralysie de la mimique est associée à de l'hémianopsie ; déficit des moitiés gauches du champ visuel, permettant de conclure à l'interruption des impressions visuelles qui gagnent le cerveau par la bandelette optique droite. Cette interruption peut être produite soit dans la bandelette même, soit dans la terminaison occipitale de cette dernière, soit dans ses relais (corps genouillés et tubercules quadrijumeaux) au voisinage de la partie postérieure de la couche optique. Comme, dans l'espèce, il n'y a lieu d'admettre ni une lésion disséminée, ni une altération des tubercules quadrijumeaux, il n'y qu'un seul territoire qui puisse, chez notre malade, engendrer l'ensemble des symptômes de déficit en question, c'est la *couche optique*. (Voyez notamment Gowers et Gayet en ce qui concerne la mimique.) P. Kéraval.

VI. The comparative anatomy of the pyramid tract; par E.-C. Spitzka. (Tirage à part du *Journal of Comparative Medicine and Surgery*. New-York, 1886.)

Etude comparative chez les principaux types des mammifères des éminences en forme de colonnes qui bordent de sillon longitudinal de la face antérieure ou inférieure de la moelle allongée et qui sont les représentantes des pyramides de l'encéphale humain. On y rencontre trois espèces d'organes : les vraies pyramides (homme, carnassiers, rongeurs, chauves-souris), la couche intermédiaire des olives (éléphants) — les olives inférieures (dauphin). Les vraies pyramides manquent absolument chez ces deux types. Les vraies pyramides sont de deux catégories : dans l'une, le long du sillon longitudinal en question, existe un trousseau puissant qui s'entre-croise avec un autre du côté opposé (cordon latéral des primates, des chéiroptères, des carnivores, des rongeurs). Dans l'autre, on a affaire à un trousseau étroit, mal limité, dépourvu de tout entre-croisement. Toute vraie pyramide prend son origine dans la zone motrice de la surface du cerveau, gagne la partie postérieure du genou de la capsule interne, forme partie constitutive du pédoncule, traverse les fibres transverses de la protubérance, semble séparée de la couche intermédiaire des olives par des fibres transversales, se trouve dans un plan inférieur par rapport au corps trapézoïde, en dedans et au-dessous des olives inférieures, et va rejoindre, après avoir croisé le raphé, la moitié opposée de la moelle. L'entre-croisement s'effectue de trois manières : la plus grande partie des fibres des pyramides gagne le cordon latéral entre-croisé (primates, carnivores, quelques rongeurs); — chez les cochons d'Inde et les rats une grande partie des fibres des pyramides gagne le cordon postérieur entre-croisé; — chez les chauves-souris, l'entre-croisement s'exécute à la surface de l'encéphale, les fibres gagnant alors la zone latérale du bulbe. P. K.

BIBLIOGRAPHIE

VII. *De la crampe des écrivains et de son traitement;* par E. Lallemand. (Th., Paris, 1887.)

Ce travail ne contient qu'une observation personnelle, mais prise avec minutie et rigueur scientifique, qui a fourni à l'auteur l'occasion d'une dissertation peu originale sur la crampe des

écrivains, et surtout d'un exposé critique des méthodes de traitement, à la suite duquel il préconise le procédé de Neftel.

Notons dans le chapitre consacré à l'étiologie la part que fait M. Lallemand à l'influence de la prédisposition nerveuse dans le développement de la névrose professionnelle. Il s'agit encore là dans l'espèce d'une application particulière de la loi de l'hérédité dans les maladies du système nerveux formulée par M. Charcot.

L'auteur énumère les diverses théories auxquelles se sont ralliés les auteurs quant à la pathogénie de cette affection, mais ne se prononce en faveur ni de l'origine centrale, ni de l'origine périphérique du spasme. — Le traitement de Neftel auquel il se rallie consiste en applications électriques : courants galvaniques ascendants au début, puis courants induits, ensuite en augmentant progressivement leur intensité jusqu'à obtenir la tétanisation.

P. Blocq.

VIII. *Etude clinique de la céphalée neurasthénique;* par G. Lafosse. (Th., Paris, 1887.)

L'auteur, dans ce travail inspiré par M. Charcot, s'est proposé d'explorer un des points de ce territoire encore mal connu qu'on appelle la neurasthénie, et s'est donné comme but d'étude la description d'un des symptômes cardinaux de la maladie. Il établit que parmi les variétés de maux de tête dont se plaignent la majorité des neurasthéniques, il en est une qui par sa fréquence, par sa durée, par la constance et la précision de ses caractères, peut être considérée comme la céphalée régulière, légitime, typique de la neurasthénie, car cette céphalée si nettement définie se différencie aisément de celles que l'on peut rencontrer dans les autres affections. Aussi M. Lafosse s'est-il cru en droit de créer un type clinique, qu'il appelle la *céphalée neurasthénique*.

Après un court chapitre d'historique dans lequel il expose les phases successives qu'a traversées la neurasthénie avant d'acquérir une individualité propre, une place bien déterminée dans le cadre des névroses, il indique l'état des connaissances actuelles sur cette affection en général. La description détaillée de la céphalée neurasthénique vient ensuite. Elle est presque toujours exclusivement diurne, son intensité est modérée, c'est une sensation pénible de pression et de serrement plutôt qu'une douleur au sens propre du mot. Dans le type complet, la céphalalgie est localisée à une zone circulaire, à maximum occipital, donnant l'impression d'une coiffure pesante et étroite à constriction postérieure (casque neurasthénique de M. le professeur Charcot), mais fréquemment la douleur s'atténue à la partie antérieure de cette zone, et la sensation se réduit à celle d'un demi-casque, enfin elle est parfois

moins étendue encore et comparable à un crampon placé à la région occipitale.

Après l'esquisse d'autres formes moins pures de la céphalée neurasthénique et quelques mots sur les phénomènes, vertiges, sensations subjectives diverses, etc., qui peuvent accompagner la céphalée, l'auteur fait le diagnostic différentiel d'avec les céphalées syphilitiques, d'avec l'encéphalopathie des tumeurs cérébrales, des adolescents, de l'urémie, etc., et termine par quelques brèves considérations sur le pronostic et le traitement.

Ce travail fait avec soin s'appuie sur des documents statistiques d'une valeur scientifique certaine, constitués par le résumé de toutes les observations de neurasthénie recueillies à la clinique des maladies nerveuses pendant l'année 1886. Ces observations ont été prises par les élèves du service avant que l'auteur n'eût choisi le sujet de son travail. Aussi, plusieurs d'entre elles sont fort incomplètes à ce point de vue particulier, mais la statistique n'en est que plus probante. P. B.

IX. *Contribution à l'étude pathogénique de l'amyotrophie tabétique*; par I. Condoléon. (Th., Paris, 1887.)

Il s'agit dans ce travail d'une observation bien prise d'amyotrophie tabétique à propos de laquelle l'auteur, élève de M. Jeoffroy, cherche à déterminer ce qui, dans ces troubles trophiques, est sous la dépendance des lésions nerveuses centrales, et ce qui revient aux altérations périphériques des nerfs. Les caractères de l'amyotrophie sont d'abord précisés: on ne la peut confondre ni avec la flaccidité et la mollesse musculaires propres au tabes, ni avec l'amaigrissement produit par un long séjour au lit. Mais cela ne suffit pas pour décider si l'amyotrophie est spinale ou névritique. Plusieurs observations montrent avec la plus grande netteté l'existence de lésions médullaires, étrangères à l'évolution normale du tabes, et en rapport avec l'apparition de l'atrophie musculaire.

D'autre part, les faits dans lesquels on a rencontré des névrites périphériques ne sont pas absolument probants, cette lésion pouvant être mise sur le compte d'affections intercurrentes, tuberculose, cachexie, artério-sclérose, etc.

Aussi, dans l'état actuel de nos connaissances, peut-on conclure que l'amyotrophie tabétique reconnaît pour origine une lésion des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle, comme MM. Charcot et Pierret l'ont démontré ; il n'est que *vraisemblable* qu'elle puisse être sous la dépendance d'une névrite périphérique.

P. B.

X. *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* — (Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1886) ; par BOURNEVILLE, ISCH WALL, BAUMGARTEN, PILLIET, COURBARIEN et BRICON.

Le simple aspect de ce nouveau volume suffit à montrer que le zèle du distingué médecin de Bicêtre et de ses collaborateurs, loin de s'amoindrir, ne fait qu'augmenter avec les années. Ce volume contient, en effet, près de cent pages de plus que ses aînés.

Dans la partie spécialement administrative, nous constatons un certain apaisement, la période de combat est presque achevée, le service a pris son équilibre, l'ère des résultats est proche. Et, d'ailleurs, ceux qu'a obtenus pour cette année M. Bourneville ne sont déjà pas à dédaigner : en décembre 1886, cent cinquante-trois malades, parmi les trois cents environ dont se compose le service, recevaient l'*instruction professionnelle* comme menuisiers, cordonniers, tailleurs, serruriers, vanniers, rempailleurs. Un assez grand nombre de ces malades est même déjà parvenu à une habileté suffisante dans ces divers travaux ; de telle sorte que voilà des adolescents que l'on a mis en possession d'un métier, dont on a ainsi élargi un peu le cercle des idées, à qui on a évité ce mal qui empire tous les maux, l'oisiveté. Et cette bonne action, qu'a-t-elle coûté à l'Assistance publique ?— Rien ! Loin de là, elle lui a rapporté. Dans le tableau dressé par les soins de M. Bourneville nous voyons, en effet, que les cinq maîtres chargés de donner l'enseignement professionnel aux malades ont coûté 11,800 francs pour l'année, tandis que le travail de leurs élèves représente une valeur de 17,800 francs, soit un reliquat de 6,000 francs. De telle sorte que ces apprentis arrivent non seulement à payer eux-mêmes leurs maîtres, mais encore parviennent à indemniser, dans une certaine mesure, l'administration des dépenses que leur entretien nécessite. — N'est-ce pas ainsi que l'on doit comprendre l'assistance publique dans son sens le plus vrai et le plus élevé ?

L'année 1886 a été celle de l'ouverture du *pavillon d'isolement* qui, d'après la description et les plans qui y sont joints semble réunir un ensemble de conditions hygiéniques bien rarement réalisé en France ; c'est ainsi, par exemple, que toutes les mesures sont prises pour que le personnel affecté à ce pavillon n'ait aucun contact avec les infirmiers ou les malades des autres salles, et que des précautions particulières permettent la désinfection immédiate du linge sale.

Dans la partie *clinique*, signalons un très remarquable travail de MM. Bourneville et Bricon sur « l'idiotie compliquée de cachexie pachydermique (idiotie crétinoïde) ». Ce travail comprend deux

grandes divisions : dans l'une sont groupées les différentes observations d'idiotie compliquées de cachexie pachydermique et notamment l'observation du célèbre « pacha » avec autopsie des plus minutieuses et nombreuses figures dans le texte; dans l'autre, les auteurs se livrent à l'examen des cas où l'extirpation de la glande thyroïde fut suivie de cachexie pachydermique.

On trouvera encore dans ce volume une observation de *tubercule de la protubérance* (en collaboration avec M. Isch Wall) à laquelle sont annexées une revue des cas du même genre et des considérations sur cette affection.

Parmi les autres cas intéressants suivis d'autopsie dont l'histoire clinique est ici rapportée, plusieurs ont trait à des *idiots* présentant soit une *atrophie cérébrale double*, soit une *sclérose cérébrale diffuse*, soit une *encéphalite* avec foyers de ramollissement. — Signalons encore des cas d'*épilepsie* avec *démence*, *imbécillité*, un cas d'*alcoolisme* chez un enfant de *quatre ans ;* un cas d'*ectromélie unilatérale* avec rein unique, etc.

Le volume se termine par des considérations sur la *température dans l'épilepsie*, tant dans les accès isolés que dans les accès sériels ou dans l'état de mal. M. Bourneville par les nouvelles recherches auxquelles il s'est livré à ce propos se trouve en mesure de confirmer les conclusions qu'il avait formulées en 1870 sur la marche de la température dans l'épilepsie, conclusions qui, jusqu'alors adoptées d'une façon générale, avaient été contestées dans un article récent du *Berliner Klin. Wochenschr.*

SÉNAT

DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS

Séance du jeudi 2 décembre 1886[1].

M. LE PRÉSIDENT. L'ordre du jour appelle la suite de la première délibération sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. La parole est à M. le rapporteur sur l'article 11.

[1] Voy. *Arch. de Neurologie.* XIII, p. 135, 258, 439 et t. XIV, p. 135, 307.

M. Théophile Roussel, *rapporteur*. Messieurs, l'article 11, sur lequel vous êtes appelés en ce moment à voter, nous amène à la 2e section du titre Ier du projet de loi. Cette section est intitulée « de la Surveillance des asiles des aliénés ». Elle comprend cinq articles qui sont si intimement unis l'un à l'autre, qu'avant d'entamer la discussion sur l'article 11 il est nécessaire que je soumette au Sénat quelques explications sur la 2e section tout entière.

La commission a ajouté ces cinq articles au projet du Gouvernement pour combler la plus grande lacune de la loi de 1838, lacune que, suivant nous, le projet ministériel laissait subsister dans des conditions qui en auraient rendu les conséquences encore plus graves à cause de l'extension nouvelle aux aliénés traités dans les domiciles privés.

Je ne reviendrai pas sur les reproches adressés à la loi de 1838 au point de vue de la surveillance qu'elle a instituée, du contrôle des placements dans les asiles et de la protection des intérêts des aliénés. Les défenseurs les plus autorisés de cette loi, ceux qui lui ont rendu justice avec le plus d'autorité pour les grands services qu'elle a rendus, n'ont pas contesté son insuffisance au point de vue du contrôle et de la surveillance. J'ai déjà rappelé ici l'aveu fait en 1867, par M. Suin, au milieu des éloges qu'il lui adressait devant le Sénat et l'Empire, que cette loi n'avait pas été assez méfiante, n'avait pas assez veillé à l'exécution de ses prescriptions.

La tendance qui a dominé les législateurs de 1838, inspirée par l'intérêt même qu'ils portaient à l'aliéné, a été de faire une loi d'exécution prompte et facile, dégagée le plus possible des lenteurs et des complications de l'action judiciaire. « Nous ne voulons pas faire une loi judiciaire », disait expressément M. Vivien, le rapporteur de la loi. On voulait faire plutôt une loi administrative et surtout une loi d'assistance; mais on a voulu cependant, et on l'a sincèrement voulu, établir une surveillance; seulement, on n'y a pas réussi. Pour s'en convaincre et pour l'expliquer, il suffit de rappeler les termes de l'article 4 de la loi, dans lequel se trouvent réunis et résumés tous les éléments de surveillance établis par la loi en faveur de la liberté individuelle et du contrôle des placements dans les asiles.

Cet article est ainsi conçu : « Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés. — Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position. — Les établissements privés seront visités à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du roi de l'arrondissement. »

Assurément les intentions du législateur qui faisait appel à l'intervention de tant de fonctionnaires pour surveiller les placements étaient excellentes. Il témoignait fermement l'espoir que la surveillance qu'il instituait ainsi dans la loi serait effective, constante, efficace : « La surveillance constante à l'égard des établissements d'aliénés, disait M. Vivien, est une garantie nécessaire et doit être comme le préambule des mesures par lesquelles des aliénés seront placés dans ces établissements. » On comptait que cette garantie résulterait de la double intervention des représentants de l'administration et de la magistrature. « Leur concours, disait encore M. Vivien, en parlant des délégués de l'administration, aura pour résultat de rendre la surveillance active et vigilante. Nous espérons qu'elle s'exercera réellement. Nous n'entendons pas prononcer une oiseuse prescription...; le Gouvernement engagerait gravement sa responsabilité, s'il négligeait d'user de l'autorité que la loi lui confie ».

Eh bien ! pour être plus bref et ne pas m'arrêter à la longue série de documents qui permettent d'affirmer que les espérances du rapporteur de 1838 ne se sont pas réalisées, je m'en tiendrai à une citation; je l'emprunterai à l'administration elle-même, ou plutôt à l'un de ses représentants les plus autorisés en cette matière. M. de Crisenoy qui, comme directeur de l'administration départementale et communale, s'est trouvé à la tête du service des aliénés et qui, précédemment, comme préfet de grands départements, avait étudié avec soin et de très près le fonctionnement local de ce service, a publié précisément à l'occasion de la revision qui nous occupe un travail très étudié, dans lequel il a proposé un système de contrôle qui comprend les mêmes éléments que celui de la commission, mais avec plus d'autonomie et des dispositions plus originales. Lorsque, dans cette étude, il en vient à apprécier le fonctionnement du système de surveillance de la loi de 1838, il s'exprime ainsi :

« Le défaut capital de la loi de 1838 est d'avoir établi un système de surveillance et de contrôle qui n'existe que sur le papier et ne fonctionne pas réellement, et cela pour deux motifs : le premier, qu'on a confié la surveillance à un trop grand nombre de personnes, d'où il résulte qu'aucune d'elles, en particulier, n'en a la responsabilité; le second, que, ne voulant pas faire les frais de cette surveillance, on en a imposé la charge à certains fonctionnaires à titre de supplément de fonctions, ou gratuitement à des personnes de bonne volonté. Or, on peut être certain qu'en fait tout service exigeant un travail régulier, soutenu, et qui n'est pas rémunéré, ne s'exécute pas. »

Dans ces lignes, M. de Crisenoy résumait en quelque sorte les résultats de la même expérience acquise par l'administration sur l'application de l'article 4 de la loi de 1838. Ce que je viens de

dire s'applique plus particulièrement à la surveillance établie en vue de la protection de la liberté individuelle. Mais la loi de 1838 avait en vue aussi la surveillance à établir pour la protection des intérêts matériels et l'administration provisoire des biens des aliénés. Sous ce rapport, on peut dire que son texte laissait beaucoup à faire au Gouvernement, qui, en 1881, en a entrepris la revision.

Lorsque le législateur de 1838 traita cette question de l'administration provisoire des biens, il s'arrêta à l'idée d'une « commission de surveillance » et exprima sa pensée, dans l'article 31, en ces termes : « Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés exerceront à l'égard des personnes non interdites qui y seront placées les fonctions d'administrateurs provisoires; elles désigneront un de leurs membres pour les remplir, etc. »

Ainsi, la loi semblait admettre, sans rien préciser à cet égard, l'existence pour les asiles publics d'aliénés de même que pour les hospices dans lesquels se trouvent des quartiers spécialement affectés aux aliénés, de commissions administratives ou de surveillance. Elle n'ajoutait rien d'ailleurs aux attributions ordinaires de ces commissions, si ce n'est pour leur attribuer l'administration des biens des aliénés.

Les « quartiers d'hospice », dont le nombre est heureusement restreint aujourd'hui à 13 ou 14, étaient alors au nombre de 24 et contenaient une très grande partie des aliénés internés. Mais, malgré cette circonstance, on voit facilement par les détails qui précèdent combien était indéterminée, vague et insuffisante la protection donnée par la loi à l'administration des biens des aliénés.

On le sentit dès qu'il fut question de s'occuper de la mise en pratique de la loi, et l'ordonnance royale du 18 décembre 1839 dut régler la constitution, complétée par un arrêté ministériel de 1857, des commissions de surveillance des asiles publics d'aliénés; elle les composa de cinq membres nommés par les préfets; elle leur attribua « la surveillance générale de toutes les parties du service, les appela à donner leur avis sur le régime intérieur, sur les budgets et les comptes, sur les actes relatifs à l'administration, les traités à conclure, etc. ».

Ces commissions, comme on le voit, n'ont eu d'attributions bien définies que celles qui se rapportent à une surveillance administrative et financière du service des asiles publics. Je n'ai pas à examiner comment, d'une manière générale, elles ont rempli leurs fonctions; nous n'avons à nous occuper ici que d'une seule des attributions que leur a faites la loi : l'administration des biens des aliénés. Je pourrais encore ici éviter les longueurs en me bornant à citer, pour preuve de la façon dont ce devoir était

rempli, ces paroles du ministre de l'intérieur, dans l'exposé des motifs de l'arrêté du 20 mars 1857, « qu'il ne pouvait plus tolérer cette négligence ».

On voit combien défectueuse était cette partie du service pour les aliénés internés dans les asiles publics. Pour les aliénés placés dans les autres asiles, la protection était complètement nulle. La loi n'ayant rien prévu pour les asiles privés, l'administration, en présence des abus et des maux qu'on lui signalait, a voulu aller jusqu'à l'extrême limite de son droit, et, en 1880, elle décida d'introduire dans les règlements intérieurs des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics lors du renouvellement des traités, les dispositions propre à garantir le fonctionnement des commissions de surveillance instituées par l'ordonnance de 1839.

La commission du Sénat a voulu savoir quels résultats on avait obtenus par ce dernier effort de l'administration. Il résulte de la réponse que nous avons obtenue du ministère de l'intérieur, que depuis 1860 *deux* commissions seulement ont été instituées. On a trouvé aucun document qui permette de savoir comment elles ont fonctionné. En résumé, messieurs, la commission du Sénat s'est trouvée en présence de cette situation, à savoir que la double surveillance prévue mais non assurée, dans la loi de 1838, en vue de la protection de la liberté individuelle et de l'administration des biens des aliénés, était à constituer, sinon de toutes pièces, au moins avec un ensemble de moyens qui ont fait défaut jusqu'ici.

La grande commission extraparlementaire qui, en 1881, a préparé les principaux éléments du projet du Gouvernement avait reconnu cette nécessité, et dans plusieurs des rapports de ses commissions elle a réclamé des mesures qui se confondent avec celles que propose la commission du Sénat. Il est fâcheux que lors du travail de la dernière heure les conclusions de ces rapports aient été perdus de vue et que le gouvernement, préoccupé de rassurer surtout l'opinion publique, de mettre fin aux plaintes et aux soulèvements d'opinion auxquels donne lieu trop souvent la loi de 1838, ait cru qu'il suffirait presque pour cela de changer le caractère de cette loi, d'en faire une loi judiciaire, et de faire déclarer par le Parlement qu'à l'avenir aucun placement dans un établissement quelconque d'aliénés ne sera définitif qu'en vertu d'un jugement rendu par le tribunal en chambre du conseil.

Messieurs, je n'ai pas à examiner en ce moment cette partie du projet de loi, cette grande « innovation » faite par le Gouvernement suivant l'expression même qui est employée dans l'exposé des motifs ministériel. Elle soulèvera peut-être dans cette enceinte une lutte qui rappellera celles auxquelles la même question a donné lieu dans la Chambre de 1837 et 1838, et dans lesquelles on a vu aux prises des hommes tels que Salverte, Isambert,

Odilon Barrot, qui voulaient faire une loi judiciaire, et les orateurs éminents qui ont fait triompher une opinion contraire. La commission du Sénat ou, pour être plus exact, la majorité de la commission du Sénat a accepté les vues du Gouvernement; elle s'y est décidée, non seulement pour rendre hommage aux principes, mais pour ne pas se mettre en travers de ce courant d'opinion auquel le Gouvernement a cru devoir céder et auquel ont cédé presque tous les pays dans lesquels la législation sur les aliénés a subi des remaniements récents.

Mais en suivant l'exemple du Gouvernement, en acceptant son « innovation », la commission y a trouvé une raison de plus d'insister sur la question du contrôle et de la surveillance. Suivant elle, l'appareil judiciaire introduit dans la loi ne serait qu'une apparence trompeuse, une vaine formalité, si des moyens de contrôle nouveaux, plus sérieux, mieux étudiés que dans l'ancienne loi, n'étaient pas établis par la loi nouvelle pour éclairer la justice et être mis à la disposition des tribunaux pour les vingt mille jugements — environ — qu'ils auront à rendre annuellement en chambre du conseil pour le placement des aliénés.

Tels sont les motifs, messieurs, qui ont amené la commission du Sénat à présenter les cinq articles qui forment la 2[e] section du titre I[er]. Elle est convaincue que pour atteindre le but de la revision qui est demandée au Parlement, c'est-à-dire pour sauvegarder la liberté individuelle dans toutes les situations où elle pourrait être mise en péril, pour sauvegarder les biens de l'aliéné et en même temps le bon ordre et l'intérêt social, il était rigoureusement indispensable de créer et d'organiser une surveillance s'étendant à tous les aliénés auxquels la loi nouvelle doit s'appliquer.

Pour être effective, cette surveillance doit être attribuée dans chaque département à des agents en permanence n'ayant pas d'autre fonction, à un médecin fonctionnaire de l'État et d'une compétence éprouvée, à un ou plusieurs hommes de loi dans une situation d'indépendance et d'honorabilité indiscutable et rétribués pour leurs services, ces agents remplissant bien leurs fonctions sous l'œil de la justice et de l'autorité administrative. Telle est, messieurs, la constitution de cette commission que nous avons désignée d'un nom emprunté à une circulaire ministérielle de 1860 et appelée *commission permanente des aliénés*.

Au-dessus de ces commissions départementales doit se placer l'inspection générale du service ayant mission non seulement de surveiller et de régler au besoin le fonctionnement de ses commissions départementales, mais de surveiller le fonctionnement de tous les établissements spéciaux d'aliénés et l'ensemble du service. Enfin, au centre du Gouvernement doit être établi un comité supérieur chargé d'assurer l'unité de ce service, d'éclairer

l'administration dans tous les cas difficiles, de centraliser les résultats des travaux des commissions départementales et de présenter tous les ans un compte-rendu public du service. Je ne parlerai pas en ce moment de l'inspection générale des aliénés et de l'urgente nécessité, reconnue par le Gouvernement, de la rétablir et de lui assurer des proportions en rapport avec l'importance du service.

Je ne parlerai pas non plus du comité supérieur, dont le Gouvernement reconnait l'utilité. Sur ces points, il n'y a jamais eu de dissentiment profond entre la commission et les représentants du Gouvernement qui ont été reçus dans son sein. Je ne parlerai que des commissions permanentes, sur l'organisation desquelles nous nous étions entendus avec les précédents ministères, mais qui, à la dernière heure pour ainsi dire, ont soulevé les objections que M. le ministre de l'intérieur a portées à cette tribune au cours de la discussion générale.

On a pu croire, et on a cru, en entendant ces objections, que nous apportions, nous aussi, une grande innovation, et une innovation qui devait porter atteinte aux droits de l'autorité administrative. Cela m'oblige à revenir encore une fois en arrière et à citer des précédents législatifs et des faits bien connus qui m'autorisent à affirmer que l'idée de créer dans chaque département une commission spéciale et permanente pour éclairer l'autorité sur les placements des aliénés est une idée primordiale en quelque sorte dans l'histoire de la législation de 1838, qu'elle apparaît à l'origine de cette loi et qu'écartée, pour ainsi dire, accidentellement dans les débats de cette époque, elle a reparu sans cesse depuis, n'a jamais été abandonnée et a pris, dans les études et les discussions auxquelles la revision de la loi de 1838 a donné lieu, une consistance et les caractères pratiques qui doivent la faire entrer dans le cadre de la loi nouvelle.

Le projet de loi primitif, élaboré par le conseil d'Etat et présenté à la Chambre des députés en 1837, par M. de Gasparin, ministre de l'intérieur, exigeait une autorisation ou un ordre préalable du préfet pour tout placement d'aliénés dans les asiles. Cette disposition était complétée par une disposition ainsi conçue : « L'autorisation ou l'ordre seront donnés par le préfet, sur l'avis d'une commission instituée dans les formes qui seront déterminées par un règlement d'administration publique. »

La Chambre des députés refusa d'admettre cette intervention préalable de l'autorité préfectorale. On substitua à ce système celui qui avait été mis en vigueur à Paris par une ordonnance de police de 1838 et qui est devenu, avec certaines modifications, le système de la loi de 1838.

La suppression de l'action du préfet parut devoir entraîner comme conséquence la suppression de la commission proposée

pour l'éclairer, d'autant plus que les attributions de cette commission étaient restées vagues et mal définies. « Les nouvelles dispositions que nous avons adoptées, disait M. Vivien pour justifier la suppression, nous ont paru ôter toute son utilité à la commission ; il n'y a plus lieu de consulter sur des autorisations (de placements) qui ne seront plus données. » Le projet, disait encore le rapporteur de la loi, tout en ordonnant que cette commission soit officiellement avertie des placements, ne lui conférait aucune autorité, pas même la faculté de visiter les personnes intéressées. » C'est ainsi que la commission, dont M. Vivien a été le rapporteur, obtint qu'on s'en tint aux mesures contenues dans l'article 4 de la loi dont j'ai lu tout à l'heure le texte.

Mais ce résultat ne fut pas obtenu sans de vives résistances. M. Lavieille, soutenu par M. Salverte et M. Dugabé, reproduit, sous forme d'amendement, le projet primitif du gouvernement de placer auprès du préfet une commission spéciale de surveillance et de contrôle des placements, et la pensée ou plutôt le besoin qui avait dicté ce projet et l'amendement Lavieille a reparu sans cesse depuis.

On la retrouve dans les documents de l'enquête faite par l'administration en 1869 et dont j'ai présenté un résumé dans les annexes de mon rapport. On la retrouve dans une autre enquête, non moins intéressante, qui fut entreprise en 1871 par la Société de législation comparée et à la suite de laquelle elle fut mise en lumière, dans des discussions mémorables, par des magistrats du ressort de Paris, qui apportèrent en sa faveur la puissance des arguments qu'ils puisaient dans la propre pratique de la loi de 1838. M. Vaney, substitut du procureur général à Paris; M. Alexandre Ribot, alors substitut au tribunal de la Seine; M. Georges Picot, juge au même tribunal, et avec eux les aliénistes les plus expérimentés : MM. Falret, Lunier, Motet, Blanche, donnèrent à l'idée de la commission permanente une valeur pratique qui lui fit prendre place dans un projet de revision de la loi rédigé par une commission dont un éminent conseiller à la cour de Paris, M. Ernest Bertrand, était le président et qui fut voté par la Société.

J'ai eu l'honneur, en 1872, de présenter ce projet à l'Assemblée nationale, en mon nom et au nom de deux membres de cette société, le très regretté M. Jozon, avocat à la cour de cassation, et M. Albert Desjardins, aujourd'hui professeur à la faculté de droit de Paris.

Une commission de l'Assemblée nationale, dont j'ai eu l'honneur d'être le rapporteur, et qui comptait dans son sein nos honorables collègues M. Delsol, M. Robert de Massy et M. La Caze, a étudié ce projet. Les préoccupations politiques, qui ont pesé sur beaucoup de travaux entrepris à cette époque, ne permirent pas

à ceux de la commission dont je parle d'arriver à leur dernier terme; mais l'institution d'une commission permanente surveillant dans chaque département les aliénés, protégeant leur liberté, leur personne, administrant leurs biens, avait été acceptée par elle comme devant donner satisfaction à un besoin incontestable.

J'avais donc raison de dire, messieurs, que la commission du Sénat n'a pas innové ; qu'elle a trouvé la commission permanente des aliénés dans une tradition constante qui remonte à l'origine même de la loi sur les aliénés.

La commission du Sénat n'a fait qu'une chose : c'est d'apporter dans la constitution de cette commission permanente un élément indispensable pour assurer son fonctionnement, et cet élément, elle l'a emprunté à l'expérience acquise en Angleterre et dont les résulats ont paru décisifs à tous ceux qui ont examiné de près le fonctionnement actuel des lois anglaises sur les aliénés; cet élément, c'est le caractère de fonctionnaires salariés, soigneusement choisis et exclusivement renfermés dans la surveillance et le contrôle en vue desquels ils sont établis, que nous proposons de donner aux deux membres essentiels de cette commission, c'est-à-dire au médecin chargé de veiller sur l'état mental de l'aliéné et à l'homme de loi chargé de l'administration provisoire de ses biens.

J'avais dit, en réponse aux objections présentées par M. le ministre de l'intérieur, que ces deux agents de surveillance et de protection étaient le fond même et les éléments essentiels de la commission permanente. Aussi, malgré les critiques formulées par M. le ministre et qui semblaient faire impression sur le Sénat, j'ai gardé l'espoir — puisque le gouvernement déclarait rester d'accord avec nous sur le fond — que nous finirions par nous accorder sur la forme.

Aujourd'hui, cet espoir s'est réalisé, non pas assurément sans aucun sacrifice pénible de la part de la commission, mais du moins avec cette consolation qu'en sacrifiant la forme même d'une commission permanente départementale ; mais elle conserve les deux agents qui, comme je l'ai répété déjà plusieurs fois, forment le fond essentiel de cette commission et elle les conserve dans ces conditions et avec les attributions qui permettent d'attendre de leur action individuelle, et surtout de leur action combinée, tous les bienfaits que nous étions en droit d'attendre de la commission permanente.

Celle-ci, considérée dans son ensemble avec les éléments dont le Gouvernement s'est attaché à la dépouiller, devait constituer en quelque sorte le grand conseil de famille des aliénés. L'article 54 du projet de la commission lui attribuait expressément ce rôle. J'ai hâte d'ajouter que la grave lacune qui aurait été à cet

égard la conséquence des concessions faites aux vues du Gouvernement doit se trouver comblée dans le nouveau texte, qui doit remplacer celui des articles 11 et 12 de la rédaction de la commission du Sénat.

C'est à notre honorable collègue M. Bardoux qu'est dû le terrain, si je puis ainsi dire, sur lequel s'est faite l'entente entre le Gouvernement et la commission. L'amendement de M. Bardoux, dont une nouvelle rédaction se trouve dans notre distribution aujourd'hui, après avoir été revu de concert avec le Gouvernement et la commission, est devenu le texte par lequel nous proposons de remplacer les articles 11 et 12 du projet de loi.

Dans ce texte, la commission permanente a disparu. Je ne dirais pas la vérité si je laissais croire qu'elle a disparu sans emporter de sincères regrets ; mais je serais ingrat envers mon excellent ami M. Bardoux, si je venais en porter le deuil à cette tribune. J'y serais d'autant moins fondé que je reste convaincu, comme je l'ai déjà dit, qu'avec le bon vouloir de l'autorité administrative, les deux éléments essentiels qui survivent suffiront pour atteindre le but que nous nous étions proposé. Je laisserai donc la parole à l'honorable M. Bardoux pour développer et soutenir au besoin son œuvre.

Je n'ai plus que deux mots à dire sur un autre amendement qui nous a été remis au début de cette séance et sur lequel la commission n'a pas pu délibérer. Je parle de celui de MM. Combes, Testelin, Rigal, Frézoul, Le Monnier, Dufraigne, Sébire, Combescure. Je me bornerai à faire remarquer sur cet amendement que, dans une de ses parties essentielles, il ne doit pas trouver sa vraie place dans la discussion des articles 11 et 12 du projet de loi, mais seulement dans la discussion de l'article 21. Si, comme j'en suis convaincu, cette manière de voir est partagée par les auteurs de l'amendement, je n'ai pas à m'occuper davantage en ce moment de cette partie de l'amendement.

Le reste du même amendement, qui correspond à l'article 11 et se confond sur beaucoup de points avec l'amendement de M. Bardoux, est ainsi conçu : « Dans chaque département, un docteur en médecine, nommé par le ministre de l'intérieur, sur une liste de présentation dressée par le conseil supérieur des aliénés, et après un concours public, surveillera dans sa circonscription, sous l'autorité du préfet, l'exécution de la présente loi et des règlements relatifs aux aliénés, assurera la protection de leurs personnes, contrôlera leur placement et leur maintien dans les asiles publics et privés, surveillera leur séjour, veillera à leur sortie. »

Il n'y a qu'un point à relever en ce moment, je parle de ces mots : « Après un concours public. » Ces mots, en effet, marquent une lacune, ou pour mieux dire une omission dans la rédaction de l'amendement de M. Bardoux. Il n'y est pas, en effet, question

du concours; mais sur ce point la pensée de M. Bardoux ne peut pas être différente de celle du Gouvernement et de la commission du Sénat, qui admettent le principe du concours. Dans la rédaction de la commission ce principe avait sa consécration dans un paragraphe de l'article 11. Cette question du concours sera reprise par le Sénat lorsque nous serons appelés à voter sur le paragraphe de l'article 6, qui a été réservé dans une précédente séance. L'omission relevée dans l'amendement de M. Bardoux et que la lecture de l'amendement de M. Combes m'a permis de signaler, pourra ensuite être réparée.

M. LE PRÉSIDENT. Messieurs, vous êtes en présence de deux amendements : l'un de M. Bardoux, qui est accepté par la commission et le Gouvernement; l'autre, de MM. Testelin, Combes et plusieurs de leurs collègues. Ces deux amendements diffèrent sensiblement entre eux. Il me semble que celui de MM. Testelin et Combes s'éloigne davantage de la rédaction de la commission. Je donne donc la parole à M. Combes pour développer son amendement.

M. COMBES. Messieurs, je suis à la disposition du Sénat et prêt à discuter l'amendement dont je suis un des signataires. Mais il me semble que pour le bon ordre du débat, il vaudrait mieux ajourner l'examen de la question que l'amendement soulève, jusqu'au moment où nous aurons à régler d'une façon générale la procédure à suivre pour le placement des aliénés. (Assentiment.)

Dans la pensée des signataires de l'amendement, c'était en effet sur l'article 20 ou 21 du projet de la commission que devaient porter nos modifications. Mais comme la commission a abandonné la partie la plus importante de son œuvre et qu'elle s'est ralliée à l'amendement de M. Bardoux, qui préjuge dans les deux dernières phrases du premier alinéa la solution de la question contenue dans notre amendement, il était nécessaire ou bien de saisir immédiatement le Sénat de cette question, ou bien de faire des réserves qui nous permettront, lorsque viendront en discussion les articles 15 du Gouvernement ou 20 et 21 de la commission, de la reprendre et de mettre le Sénat en état de se prononcer avec pleine connaissance de cause.

Le débat serait prématuré aujourd'hui, parce que, pour trancher cette question, qui est une question de principe à nos yeux, il est indispensable que le Sénat soit au courant de la manière dont la commission organise la procédure du placement. Ainsi donc, s'il n'y a pas d'opposition, si la commission y consent, nous réservons tous nos droits de modification de l'amendement de M. Bardoux pour la discussion de l'article auquel s'applique, dans notre pensée, cette modification. (Nouvelles marques d'approbation.)

M. le Président. La parole est à M. Bardoux.

M. Bardoux. Messieurs, l'honorable rapporteur de la commission vous a fait un exposé des antécédents de la question soulevée par l'article 11 du projet de loi. Cet article 11 place comme première assise de l'organisation de la protection des aliénés une commission départementale permanente. Et comme, dans certains départements, il y a plusieurs asiles publics ou privés, je puis ajouter que le nombre aussi des commissions départementales permanentes s'accroîtra en proportion. Il y aurait eu, pour le département de la Seine, dix ou douze commissions départementales permanentes.

J'ai saisi la commission d'un amendement; j'ai pensé qu'il était inutile — et vous venez d'entendre le procès qui a était fait par le rapporteur aux commissions en général — de placer à côté d'une commission déjà existante, qui subsiste dans ce projet de loi, c'est-à-dire la commission administrative de surveillance, une autre commission composée de deux éléments : un élément absolument décoratif et l'élément vraiment utile. J'ai pensé qu'il valait beaucoup mieux extraire de cette commission deux agents qui suffiront à protéger d'une manière efficace la personne et les biens des aliénés, et abandonner complètement la commission elle-même. Tel est donc le but de mon amendement : créer deux agents, l'un chargé de la partie médicale : le médecin inspecteur; l'autre, chargé de la portion administrative pour tous les aliénés qui ne sont pas interdits : l'homme de loi.

Quelles étaient, en effet, messieurs, les lacunes de la très belle loi de 1838 ? Je ne parlerai pas du silence qui avait été gardé sur les aliénés criminels; mais les deux lacunes principales étaient, d'une part, qu'il n'y avait pas une suffisante protection pour l'aliéné non interdit, lorsqu'il était enlevé à la gestion de ses intérêts et de sa fortune; et, d'autre part, qu'il n'y avait pas de protection suffisante pour la liberté individuelle de l'aliéné lorsque intervenait le placement définitif. Les hommes compétents qui discutèrent cette loi, les deux éminents rapporteurs à la Chambre des députés et à la Chambre des pairs, M. Vivien et M. le marquis de Barthélemy, ne pouvaient pas être suspects au point de vue du libéralisme; ils n'avaient pas l'intention, à coup sûr, de porter atteinte à la liberté individuelle. Ils croyaient même l'avoir suffisamment garantie. Mais, pour eux, le but principal était d'abord de faire une loi de guérison et ensuite une loi d'administration. Ils étaient, avant tout, préoccupés de l'état matériel des asiles des malheureux aliénés qu'on avait laissés dans un état d'abandon impardonnable.

Depuis quarante ans, la situation a changé. La forme de la fortune mobilière s'est agrandie; la gestion des intérêts est devenue plus compliquée. Les dispositions sur la tutelle elle-même sont

souvent insuffisantes. A plus forte raison, étaient-elles insuffisantes, quand il s'agissait des aliénés et plus particulièrement des aliénés pauvres.

C'était surtout l'ouvrier célibataire, enlevé à son métier, qui laissait à l'abandon ses hardes, ses outils, son linge, le peu de mobilier qu'il possédait; c'était celui-là qui était le plus misérable, parce qu'en rentrant au logis, après la sortie de l'asile, tous ces objets avaient disparu; une rechute était inévitable. C'était aussi le petit cultivateur ou le petit fermier qui avait deux ou trois mille francs de biens et d'économies et une maison à peu près délabrée, et qui se retrouvait également dans une situation complète d'abandon.

Pour tous ces cas particuliers, la loi de 1838 avait été insuffisante, la magistrature elle-même le reconnaissait. M. le rapporteur vous a donné lecture de quelques dépositions qui ont été faites par des magistrats distingués. Les inspecteurs généraux mêmes du ministère de l'intérieur le constataient. De telle sorte que sur ce point il y avait unanimité dans les sentiments de tous ceux que préoccupait la grave question des aliénés.

Le second point, celui qui touche la liberté individuelle, n'était pas moins digne de préoccupation. L'opinion publique s'était émue, les imaginations d'une grande sensibilité avaient bien vite accepté les histoires qui couraient le monde, et quelquefois même elles les amplifiaient. Tout ce que racontait la faconde inventive des romanciers trouvait un écho dans les esprits, et c'est quelque chose, quand on veut mettre en application une loi comme celle-là, que d'avoir de son côté l'opinion publique.

Il faut bien le dire, messieurs, la loi de 1838 avait trop compté sur l'efficacité du nombre de ceux qui avaient mission de visiter les maisons d'aliénés. Elle en avait chargé six personnes: le préfet, son délégué, le président du tribunal, le procureur du roi, le maire et le juge de paix. Il résulte des enquêtes que c'était surtout le procureur du roi qui remplissait sa mission. Il devait, aux termes de la loi de 1838, visiter au moins tous les six mois les asiles publics, et tous les trois mois les asiles privés. Il faut rendre cette justice aux membres du parquet qu'ils se sont occupés d'une façon continue de cet objet si important de leur mission. Pour toutes les autres personnes, leur mission se bornait à parcourir les établissements, à recevoir quelques pétitions; mais cette visite n'avait pas d'efficacité.

Il fallait donner satisfaction à l'opinion publique et combler l'insuffisance de la loi de 1838. C'est alors que la commission sénatoriale, qui a élevé un véritable monument par l'abondance des documents mis sous vos yeux, a voulu, avec le sentiment de sa responsabilité et la conscience de son œuvre, se rendre à l'étranger. Elle a parcouru l'Europe, et, après avoir pris connais-

sance des progrès considérables réalisés dans la question des aliénés en Angleterre; après avoir vu fonctionner ce qu'on appelle, en Angleterre, les *commissionners in Lunacy*, chargés de surveiller les intérêts des aliénés et qui en rendent compte tous les ans au Parlement lui-même; c'est alors que la commission sénatoriale avait proposé l'institution de la commission de permanence. Elle avait trouvé ce projet dans un travail préparé par la Société de législation étrangère, travail qui avait passé dans le projet de loi déposé en 1872 par notre honorable et savant collègue M. Roussel.

L'examen des inconvénients pratiques de cette commission permanente a bien vite démontré qu'il était impossible de compter efficacement sur le dévouement des personnes qui devaient la constituer; sur ces cinq personnes, deux étaient des fonctionnaires exposés à tous les changements de résidence; les autres étaient nommés, l'un par la chambre des avoués, l'autre par la chambre des notaires. Un docteur en médecine était seul à la nomination du ministre de l'intérieur.

Des conflits pouvaient naître, et il fallait bien se garder dans cette question, d'ébranler l'autorité du Gouvernement, parce que le véritable principe de l'autorité résidait, après tout, dans le prefet et le ministre de l'intérieur, qui ont la charge et la responsabilité de la situation des aliénés en France.

L'amendement que j'ai proposé a dès lors été accepté. Il se compose de deux portions: la portion médicale et la portion administrative. La portion médicale est confiée à un médecin qui sera nommé par le ministre de l'intérieur sur la liste de présentation du comité supérieur des aliénés; je suis d'accord avec mes collègues qui ont signé l'amendement de M. Combes pour décider que c'est le concours qui, pour les trois quarts, désignera l'inspecteur de chaque département. Il est impossible, messieurs de ne pas faire une part à l'expérience de certains médecins qui ne veulent pas s'exposer à un examen. Voilà pourquoi les trois quarts seulement seront puisés dans le concours.

Toutes garanties, par conséquent, au point de vue du savoir sont données. C'est ce médecin qui jouera le plus grand rôle. C'est lui qui, dans sa circonscription, sous l'autorité du préfet, surveillera l'exécution de la loi et des règlements relatifs aux aliénés, assurera la protection de leurs personnes, veillera à leur placement et à leur maintien dans les asiles publics et privés, et enfin à leur sortie.

Je ne veux pas soulever actuellement la grosse question que M. Combes indique dans son amendement, celle de savoir si ce n'est pas à l'autorité judiciaire qu'il appartiendra de statuer quand il s'agira du placement définitif. Je suis convaincu que vous ne voudrez pas ébranler les bases du statut personnel; j'estime

que le médecin, en matière semblable, ne peut être qu'un expert et non un juge au point de vue de la maintenue définitive de l'aliéné.

Le principal élément, pour le juge, pour la chambre du conseil, sera l'avis de ce médecin inspecteur. Son institution sera la meilleure des garanties données à la liberté personnelle. Mais, en dehors de ce médecin inspecteur, nous devons aussi veiller aux intérêts des aliénés. Et alors, intervient la nécessité de choisir un administrateur, qui sera nommé également par le ministre de l'intérieur sur la liste des anciens notaires ou avoués dressée par le tribunal civil. Vous aurez encore là toutes garanties de sécurité. Vous le voyez, messieurs : responsabilité d'une part, honorabilité de l'autre, savoir enfin, voilà les conditions qui permettent à ces deux agents de combler la lacune de la loi de 1838.

Ce qu'il faut avant tout dans une loi semblable, c'est assurer aux malheureux des protecteurs non seulement efficaces et éclairés, mais assidus, qui n'aient pas autre chose à faire, dont ce soit la tâche unique. Si vous n'arrivez pas à ce résultat, toutes les améliorations que nous tenterons avorteront. Ce sont uniquement ces deux fonctionnaires qui permettront d'améliorer la situation des aliénés. Ne remplissant absolument que leur mission, étant toujours à leur poste, ils arriveront à ce résultat de supprimer les séquestrations arbitraires, de donner à l'opinion publique la satisfaction qu'elle exige et, je le répète, de permettre à l'aliéné de ne pas voir sa fortune gaspillée. C'est dans cette pensée que mon amendement a été déposé ; je le recommande à la bienveillance du Sénat, et j'espère que ces explications sommaires suffiront pour le faire accepter. (Très bien ! très bien ! et vive approbation sur un grand nombre de bancs.)

M. le Président. La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. Cazelles, *commissaire du Gouvernement*. Je regrette, messieurs, que l'absence de M. le ministre, motivée par de graves devoirs, — la défense du budget de son ministère à la Chambre des députés, — m'oblige à prendre la parole à sa place, alors que vous auriez aimé à entendre sa voix autorisée s'expliquer sur le projet de la commission et sur l'amendement et vous apporter l'adhésion du Gouvernement à la proposition de M. Bardoux.

Lorsque le projet de la commission a été discuté par le Gouvernement, il y a eu, comme me l'a dit tout à l'heure M. le rapporteur, certaines hésitations, certains tâtonnements ; mais, en fin de compte, au moment où la discussion était sur le point de commencer devant le Sénat, le désaccord s'était accentué et le ministre de l'intérieur faisait connaître, comme il l'a fait à la première séance, quels étaient les motifs pour lesquels il ne pouvait

pas accepter la création, à côté de l'administration départementale, d'une commission qui déplaçait, à ses yeux, la responsabilité véritable de l'administration des aliénés en France.

L'amendement de l'honorable M. Bardoux fait disparaître les objections de M. le ministre de l'intérieur, et je suis heureux de vous annoncer que le Gouvernement adhère complètement à cette rédaction. Il ne voit non plus aucune objection à faire à la première partie de l'amendement proposé par l'honorable M. Combes et plusieurs de ses collègues. Cette partie, vous le savez, se réfère à la création, au chef-lieu du département, d'un fonctionnaire qui sera chargé d'examiner les aliénés soit dans les établissements publics, soit dans les maisons privées.

Il ne fait de réserves que sur la dernière partie, celle qui comprend les trois dernières lignes et qui a déjà été l'objet des réserves ou plutôt des observations de l'un des signataires, l'honorable M. Combes, et de l'opposition de l'honorable M. Bardoux. Cette partie nous semble viser une question de procédure de placement qui trouvera sa place à l'article 21 ou comme amendement à l'article 21. Dans ces conditions, je ne puis que demander, avec la commission et les signataires de l'amendement, que cette partie soit réservée, et renouveler l'adhésion du Gouvernement à l'amendement de l'honorable M. Bardoux.

M. Bardoux. Je donne mon adhésion à ces réserves.

M. Roger-Marvaise. Je demande la parole.

M. le Président. M. Boulanger était inscrit avant vous, monsieur Roger-Marvaise. La parole est à M. Boulanger.

M. Ernest Boulanger. Messieurs, je n'ai que de fort courtes observations à présenter au Sénat. Vous avez vu, par les explications qui viennent de vous être données, que l'accord s'est établi entre la commission et le Gouvernement au sujet des dispositions principales de l'article 11.

Dorénavant, au lieu des commissions qu'on vous avait proposé d'instituer, il n'y aurait plus que deux agents : le médecin pour la partie médicale, et un administrateur provisoire pour la partie relative à la gestion des biens de l'aliéné. C'est sur ce dernier point que je voudrais présenter trois remarques.

Le texte porte que l'administrateur provisoire sera nommé par le ministre de l'intérieur. Je n'y fais aucune opposition ; je demande seulement que M. le ministre de l'intérieur veuille bien prendre certaines dispositions pour que ces nominations soient promptes. Il est manifeste que l'administrateur provisoire n'a d'utilité que si sa gestion est immédiate, parce qu'il y a à pourvoir à des cas urgents. Or, si M. le ministre de l'intérieur voulait se réserver lui-même les nominations à chaque internement, il est manifeste qu'avec la lenteur des institutions administratives

ces nominations arriveraient presque toujours trop tard. Mais je crois que sur ce point il sera facile à M. le ministre de l'intérieur de prendre des dispositions pour que les nominations nécessaires soient immédiates. Ma seconde observation se réfère au choix des gérants.

Le texte de la commission porte : « L'administrateur provisoire sera nommé par le ministre, sur la liste des anciens notaires ou avoués dressée par le tribunal civil. » Or, un de nos collègues les plus autorisés en ces matières me faisait remarquer tout à l'heure avec beaucoup de raison, que la composition de cette liste était un peu... éclectique. C'est qu'en effet il y a beaucoup d'arrondissements où il n'y a pas que des notaires et des avoués; il y a aussi d'anciens magistrats, des greffiers et d'autres agents très capables d'exercer ces fonctions. Je crois que la commission fera bien, d'ici à la seconde lecture, d'examiner cette disposition, pour l'élargir d'avantage, et laisser plus de latitude à l'autorité judiciaire pour la constitution du tableau.

J'appelle aussi son attention sur une situation particulière qui avait déjà préoccupé le législateur de 1838. On s'était demandé à cette époque, alors que l'administration provisoire se composait de deux phases successives, s'il ne serait pas opportun de confier, dans certains cas, l'administration provisoire aux parents ou aux héritiers présomptifs de l'aliéné. On se demandait notamment ce qui arriverait si, le père étant aliéné, le fils était chargé de l'exploitation de ses biens, et l'on paraissait trouver dur de le déposséder, en fait, de cette gestion, pour en charger un étranger. Je recommande encore cette observation à l'attention de la commission. Mais ce qui motive surtout ma présence à la tribune, c'est la dernière partie de l'article 12.

M. Bardoux. Je ne me suis pas expliqué sur l'article 12.

M. le Président. Il est réservé.

M. Ernest Boulanger. Je n'ai que peu de chose à dire. Si la commission veut bien m'entendre tout de suite, je n'aurai pas à remonter à la tribune. L'article 12 dit qu' « un règlement d'administration publique déterminera les fonctions de l'administrateur provisoire ». Ce terme générique de « fonctions » m'a causé quelque inquiétude. En effet, si nous le prenons dans son sens absolu, les fonctions d'administrateur provisoire ne comprennent pas seulement ses attributions administratives, mais surtout ses fonctions judiciaires et extrajudiciaires. Il faudrait alors, d'après la rédaction du texte de la commission, admettre que vous allez déléguer au conseil d'État le droit de déterminer l'étendue du mandat de l'administrateur provisoire, de lui dire, par conséquent, s'il peut vendre du mobilier ou des immeubles, accepter une succession et faire d'autres actes touchant la capacité des personnes.

Je ne puis croire que telle soit l'intention de la commission; comme, d'ailleurs, cette question de capacité du mandataire sera discutée à propos de l'article 54, et que j'aurai sans doute plusieurs remarques à présenter à ce moment, je demande à la commission de vouloir bien réserver pour ce moment la discussion de la partie de l'article 12 sur laquelle je viens de présenter mes observations. (Très bien ! très bien !)

M. Bardoux. Voulez-vous, monsieur le président, que je m'explique sur l'article 12 ?

M. le Président. Vous vous expliquerez plus utilement quand viendra la discussion sur l'article 12. La parole est à M. Roger-Marvaise.

M. Roger-Marvaise. Messieurs, je ne viens pas combattre l'amendement de l'honorable M. Bardoux, accepté par la commission; je voudrais soumettre à la commission et à l'honorable M. Bardoux une observation relativement au deuxième paragraphe de son amendement. Ce paragraphe dit : « Un administrateur, nommé par le ministre de l'intérieur sur la liste des anciens notaires ou avoués dressée par le tribunal civil, sera chargé des fonctions d'administrateur provisoire vis-à-vis des personnes non interdites placées dans les établissements publics ou privés d'aliénés ». Il me semble que, dans certains départements, un administrateur ne pourra pas suffire à la tâche qui lui est donnée par le second paragraphe. Dans ces conditions, je voudrais ajouter un « ou plusieurs administrateurs ». (Marques d'approbation.)

M. Bardoux. C'est parfaitement juste.

M. le Rapporteur, *de sa place*. L'observation que l'honorable M. Roger-Marvaise vient de porter à la tribune est en conformité parfaite avec la pensée de la commission. Si nous avons fait entrer dans la commission permanente deux personnes, un avoué et un notaire, c'est présisément parce que nous étions convaincus que, dans beaucoup de cas, il faudrait plus d'un contrôleur spécial.

M. Bardoux. J'accepte entièrement la modification proposée par M. Roger-Marvaise.

M. le Président. Alors, monsieur le rapporteur, vous consentiriez à mettre « un ou plusieurs administrateurs » ?

M. le Rapporteur. Oui, monsieur le président.

M. de Gavardie. Je demande la parole. (Exclamations à gauche.)

M. le Président. La parole est à M. de Gavardie.

M. de Gavardie. Messieurs, il est incontestable que l'amendement de l'honorable M. Bardoux améliore les dispositions du projet de de la commission; je le reconnais très volontiers. Néanmoins, les dispositions de la loi de 1838 étaient supérieures à tous les points de vue. En effet, la surveillance générale sur les

personnes — nous parlerons tout à l'heure de la surveillance relative aux biens — la surveillance sur les personnes s'exerçait de la manière suivante :

Article 4 de la loi de 1838 : « Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés. Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position. Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du roi de l'arrondissement. »

Cette disposition, au point de vue des personnes, suffisait absolument à tout. Je sais très bien que, dans la pratique, les procureurs de la République, par exemple, — à d'autres époques, les procureurs impériaux ou royaux — ne visitaient pas les établissements d'aliénés... (Interruptions à la gauche.) Attendez, messieurs ; ils les visitaient lorsqu'il y avait un intérêt à les visiter, et l'on évitait de cette manière les inquisitions les plus dangereuses.

On ne tient pas compte — et véritablement cela me surprend — qu'il s'agit ici de ce qu'il y a de plus délicat dans la vie humaine et de plus mystérieux au point de vue de la pudeur des familles. Il y a, messieurs, des familles qui ont un intérêt suprême — tout le monde, d'ailleurs, le comprend — à ce qu'on ne sache pas que tel de leurs membres a été touché par une de ces maladies terribles. Eh bien, alors que la loi de 1838 versait quelques rayons de lumière, vous, vous versez une lumière importune, une lumière cruelle qui ne préviendra aucun abus et qui dévoilera ce qu'il y a de plus intime et de plus sacré dans la famille. Voilà pourquoi les hommes honorables et pratiques — plus pratiques que les avoués et les notaires que vous voulez charger de ce soin, ou les délégués du ministère de l'intérieur, — voilà pourquoi, dis-je, ces hommes n'intervenaient que dans de très rares circonstances et ne s'occupaient efficacement de cette surveillance que lorsqu'il s'agissait de véritables abus. Ils comptaient sur les préfets, qu'on choisissait alors mieux qu'aujourd'hui ; ils comptaient sur les fonctionnaires judiciaires, que l'on choisissait quelquefois aussi, et souvent même, beaucoup mieux qu'aujourd'hui.

Un sénateur à gauche. Naturellement !

M. Bozérian. On voit bien que vous n'êtes plus magistrat !

M. de Gavardie. Je déclare, pour ma part, que je n'ai mis, dans ma vie judiciaire, que deux ou trois fois, peut-être, les pieds dans un asile public, et j'affirme que sous mon administration, il n'y a jamais eu d'abus.

Un sénateur à gauche. A la bonne heure ! (Rires.)

M. DE GAVARDIE. Je suis persuadé que sur tous les points de la France, les magistrats auxquels je fais allusion pourraient en dire autant. Je sais bien qu'on nous parle tous les jours — et c'est le langage de notre honorable rapporteur, de cet excellent et dévoué rapporteur, si plein de son sujet, lorsqu'il veut justifier sa loi — des abus que présentait la loi de 1838. Des abus, nous dit-il, il en a vu partout. Mais quand on l'invite à citer des faits, il lui est impossible de le faire ! J'ai invoqué la statistique judiciaire, et j'ai appelé sur ce point l'attention de M. le garde des sceaux. Je le répète parce que c'est un point capital, dans un espace de dix ans — je n'ai pas porté mes recherches plus haut, mais très certainement je serais arrivé, dans tous les cas, au même résultat — dans les dix dernières années, il y a eu quinze séquestrations.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. C'est beaucoup trop !

M. DE GAVARDIE. C'est beaucoup trop, cela est évident ! Mais mettez en comparaison l'inconvénient auquel votre loi ne remédiera pas de laisser effectuer quelques séquestrations et celui d'entrer dans cette intimité sacrée de la famille. Mais, messieurs, en ce qui touche l'éducation des enfants, par exemple, il y a des abus que l'Etat ne pourra jamais empêcher. Est-ce que, cependant, le principe n'est pas tellement sacré que l'Etat est obligé de fermer les yeux sur léducation mauvaise qui peut souvent être donnée aux enfants par les parents ? Est-ce qu'il n'y a pas là un intérêt plus sacré encore que l'intérêt des enfants eux-mêmes, l'intérêt de la famille, celui de l'autorité paternelle ?

Je suis frappé, messieurs, d'une tendance singulière de notre temps, et particulièrement de notre époque contemporaine. Toutes les fois qu'il y a un abus, on veut réformer toute une législation et on ne s'aperçoit pas qu'on ne fait que compliquer les détails, qu'on ne fait que changer les rouages et que en définitive, la machine reste la même, défectueuse, comme le sont toutes machines humaines. Voilà ce que l'on perd de vue. En ce qui regarde les personnes, il y avait donc dans la loi de 1838 une surveillance suffisante. Mais, en ce qui regarde les biens, vous aviez les articles 31 et 32, qui sont un véritable chef-d'œuvre, et qui ont été expérimentés; vous aviez la commission de surveillance de l'hospice, qui était composée d'hommes si honorables, si dévoués, si pratiques, si intelligents !

Vous aviez, dans d'autres cas, lorsqu'il y avait en jeu quelques intérêts un peu compliqués, l'administrateur provisoire qui, alors, ne dépendait pas de l'administration, comme le veut l'amendement de M. Bardoux, mais qui était nommée par la justice, en chambre du conseil. Vous voyez donc bien que tout se trouvait concilié. Les deux intérêts visés par l'amendement de M. Bardoux

recevaient une pleine satisfaction, et l'on ne touchait pas, je le répète, à ce sanctuaire de la famille qu'on ne saurait trop respecter!

Les abus? — Je vous défie de les éviter! Il ne suffit pas de dire, dans un rapport : Il y a ou il y a eu des abus! — Il faut les citer! Je vous mets au défi de me citer des faits — j'entends des faits sérieux! Je parlais tout à l'heure de la statistique criminelle; mais la statistique criminelle ne nous fait même pas savoir à quelles personnes s'appliquaient les délits de séquestration. On ne dit pas si c'était des séquestrations d'aliénés, et c'est là ce qu'il faudrait savoir. Il peut y avoir d'autres séquestrations que des aliénés...

M. Lacombe. Parfaitement! Des séquestrations d'enfants, par exemple.

M. de Gavardie. Oui, il peut y avoir séquestration d'enfants, comme le dit très bien l'honorable M. Lacombe. Donc, les abus dont on parle, j'attends encore que l'on en fasse la démonstration. Vous avez une législation qui a fait ses preuves, et le docteur Blanche, homme des plus compétents, déclarait dans un rapport qui vous a été lu par l'honorable M. Roger-Marvaise et par moi, que cette loi de 1838 ne méritait pas les attaques dont elle avait été l'objet. Je sais bien que, dans le même rapport, le docteur Blanche aboutit à une conclusion un peu différente; il y a là une inconséquence naturelle, en quelque sorte, chez des hommes qui n'ont pas été mêlés aux fonctions publiques, qui ne connaissent que certains côtés de la vie, qui n'ont jamais exercé que les fonctions médicales, qui n'ont pas été initiés par le rôle qu'ils ont joué à cette pratique de la vie qui nous est familière à nous qui avons occupé des situations diverses.

Je comprends qu'un homme qui n'a pas été mêlé à ces complications infinies dont je viens de parler se laisse parfois influencer et arrive à dire, comme fait le docteur Blanche : En somme, la commission propose quelque chose de bon. Nous ne nous opposons pas à cela. Il n'en est pas moins vrai que, malgré cette concession arrachée à la faiblesse humaine, il reste cet aveu, dont je m'empare, que la loi de 1838 ne mérite pas les accusations dont elle a été l'objet. Vous voulez faire des lois parfaites? Vous n'en ferez jamais! Les lois ont toujours besoin; pour leur application, du concours des hommes.

Faites donc choix de bons directeurs; toutes les lacunes de la loi de 1838 étaient là. Lorsqu'on parlera de la question des concours publics, si d'autres ne le font pas, je vous dirai comment il faut nommer les directeurs, et je vous démontrerai que le concours ne présente que des inconvénients. Mais tant que vous n'aurez pas statué sur cette question de la nomination des directeurs vous n'aurez rien fait. Toutes les complications de votre loi

quelque savantes qu'elles soient, sont absolument inutiles; elles empêcheront une seule séquestration, et nous aurons cet inconvénient formidable de jeter en pâture au public, malgré tous les choix de fonctionnaires que vous pourrez faire et par le fait même de ces complications multiples que vous introduisez inutilement dans votre loi, des secrets qui devraient rester dans le mystère inviolable du foyer domestique. (Très bien! très bien! sur quelques bancs à droite.)

M. LE PRÉSIDENT. Personne ne demande plus la parole sur l'amendement de M. Bardoux? (*A suivre.*)

VARIA

DISTRIBUTION DES PRIX A L'ÉCOLE DÉPARTEMENTALE D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES DE L'ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE).

Cette cérémonie a eu lieu le 30 août sous la présidence de M. Bourneville. Parmi les invités nous avons remarqué : MM. les Drs Dubois et Chassaing, Rousselle, Champoudry, conseillers municipaux de Paris; Bailly, conseiller général; les Drs Briand, Bouchereau, Chambard, Dagonet, Dubuisson, Febvré, Pichon, Quesneville, A. Regnard, inspecteur général des établissements de bienfaisance; M. Babut, chef de division à la préfecture de la Seine, M. Barroux, directeur de l'asile de Villejuif, MM. les internes et employés de l'asile. — M. BOURNEVILLE a pris la parole et prononcé le discours suivant :

MESDAMES, MESSIEURS,

De temps en temps, l'attention publique est appelée par la presse sur l'organisation et le fonctionnement des asiles d'aliénés. Des événements regrettables survenus récemment dans l'un des asiles du département du Nord ont été l'objet de polémiques ardentes. Ce n'est ni le lieu, ni le moment de les apprécier. Ce que nous devons en retenir, c'est que la presse paraît vouloir observer avec plus de soin ce qui se passe dans les asiles. On ne peut que se féliciter de cette curiosité surtout si elle se traduit, non par des articles fantaisistes, semés d'attaques personnelles, mais en articles utiles aux malades.

Dans l'affaire à laquelle j'ai fait allusion on accuse le médecin directeur, — dans d'autres c'était les médecins en chef — de se montrer trop faciles dans le choix de leur personnel secondaire ; on accuse ce personnel de mauvais traitements envers les malades; on le représente sous les couleurs les plus fâcheuses; on met en relief tous les faits qui sont ou semblent être en sa défaveur, oubliant trop souvent ceux qui sont en son honneur. Mais, malheureusement, on néglige de dire que les médecins directeurs ne trouvent pas dans les conseils généraux, et aussi dans l'administration supérieure, le moindre encouragement à marcher dans la voie du progrès. La grande préoccupation ce n'est pas le bien-être des malades, ni le souci d'introduire dans nos asiles toutes les améliorations réalisées dans les asiles de l'étranger; la grande préoccupation, c'est l'équilibre du budget, la réduction au chiffre le plus bas possible du prix de journée. Les écrivains qui publient des articles à sensation sur les asiles d'aliénés, omettent d'indiquer les moyens qui pourraient remédier à la situation qu'ils signalent. Ce qu'ils ne font pas, nous allons essayer de le faire, en nous bornant naturellement à ce qui concerne les infirmiers et les surveillants.

Ainsi que je vous l'ai dit l'an dernier, dans divers pays, notamment en Angleterre et aux Etats-Unis, on se préoccupe beaucoup d'avoir dans les asiles de bons infirmiers et de bonnes infirmières. Les médecins des asiles ne dédaignent pas d'instruire eux-mêmes leurs auxiliaires de chaque jour; non seulement, ils font des cours réguliers à leur personnel, lui donne sans cesse des conseils dans le cours de leurs visites, mais encore ils mettent à sa disposition des manuels écrits spécialement pour lui. Nous vous avons signalé le manuel fait à l'instigation de l'Association médico-psychologique anglaise. Nous aurions dû vous en citer un plus ancien : celui que le Dr Albertotti Giovanni a publié à Turin en 1877 : *Manuale pratico ad uso degli assistenti ai pazzi nei manicomii*. Nous en connaissons deux autres plus récents publiés aux Etats-Unis : l'un est intitulé : *Comment doit-on soigner les aliénés*? par le Dr Granger, premier médecin adjoint de l'asile de Buffalo[1]; l'autre : *L'art de soigner les nerveux et les insensés*[2], par le professeur Charles Mills? Eh bien ! ce qu'on doit faire partout en France, c'est d'imiter ce qui a été fait à Paris pour les hôpitaux, par le conseil municipal; ce qui a été fait pour les asiles du département de la Seine par le conseil général, imitant en cela l'un et l'autre, l'excellente pratique des pays dont nous venons de parler.

Il est donc du devoir du ministère de l'intérieur duquel dépen-

[1] *How to care for the Insane. A Manual for Attendant in Insane Asylum.*

[2] *Nursing of Nervous and Insane.*

dent tous les établissements de bienfaisance, de donner des instructions pour qu'il soit créé à bref délai, dans toutes les grandes villes et surtout dans celles qui possèdent des écoles de médecine, des écoles d'infirmiers et d'infirmières avec un cours spécial sur les soins à donner aux aliénés et aux personnes atteintes de maladies nerveuses. Les infirmiers et les infirmières des asiles ont besoin d'un enseignement complet, parce que, de même que leurs camarades des hôpitaux, ils ont à soigner des blessés, à appliquer des bandages, à faire des pansements, etc., etc.; ils ont besoin d'un enseignement spécial, car les aliénés, par suite de la nature de leur maladie, exigent des soins particuliers. Le rôle de l'infirmier et de l'infirmière des asiles est beaucoup plus délicat et beaucoup plus dangereux que celui des infirmiers et des infirmières des hôpitaux ordinaires. Pour être rempli convenablement, il exige une plus grande habileté d'observation, afin de bien renseigner le médecin, de l'aider à mieux connaître dans tous ses recoins le délire des malades. Des agents expérimentés découvrent les côtés accessibles des malades, savent gagner leur confiance et parviennent à les diriger sans violence, et pour ainsi dire sans qu'ils sans doutent. C'est surtout quand ils ont affaire à des malades violents et par conséquent dangereux, qu'ils doivent redoubler d'habileté, et pour les malades et pour eux-mêmes; qu'ils doivent — que vous devez, mesdames et messieurs, — prendre des précautions, afin de ne pas répondre à la violence par la violence, et aussi, afin d'éviter d'être blessés. Le public, ignorant des difficultés de votre tâche, vous blâmera toujours des coups que vous aurez portés et ne vous tiendra jamais compte des coups que vous aurez reçus.

Dernièrement, dans un grand asile, un malade était atteint de folie furieuse. Vous savez qu'en pareil cas, les malades déploient souvent une vigueur extraordinaire. Deux infirmiers, se fiant trop à leur force, ayant voulu le conduire en cellule, ont été entraînés par le malade, et ont roulé avec lui dans l'escalier. Dans cette chute, le malade a eu une fracture du crâne et des fractures de côtes. Il a succombé au bout de quelques jours. Les deux infirmiers sont aujourd'hui accusés d'avoir été cause de la mort de cet aliéné. Ils s'en défendent énergiquement, affirmant qu'ils ont été entraînés par le malade dans sa chute et que c'est cette chute seule qui a déterminé les accidents qui ont amené la mort. Ici, c'est le malade qui a été la victime de l'accident; il aurait pu arriver aussi, et ce n'aurait pas été la première fois, que ce fût l'un des deux infirmiers. On l'aurait enterré, et tout aurait été dit!

Il y a un enseignement à tirer de ce fait. C'est que dans des cas semblables, c'est-à-dire quand il s'agit de malades furieux, sauf en cas de péril imminent pour leur vie, vous ne devez les aborder qu'en nombre respectable. Si au lieu de n'avoir été que deux, les infirmiers dont je viens de vous entretenir eussent été

trois ou quatre, on n'aurait pas eu fort probablement à regretter un malheur. Bien qu'une recommandation semblable vous ait été certainement faite, j'ai cru devoir la renouveler, car il faut sans cesse que vous l'ayiez présente à l'esprit. Il est assez rare, en effet, que les malades, même à l'état de fureur, ne se rendent pas compte, dans une certaine mesure, de l'inutilité de leur résistance devant trois ou quatre personnes. En tout cas, vous êtes personnellement plus en sûreté et mieux en mesure d'éviter de les blesser ou d'être blessés.

L'enseignement spécial sur les soins à donner aux aliénés comporte bien d'autres enseignements du même genre. Je ne m'y arrêterai pas, et je reviens aux mesures à prendre pour assurer un bon personnel secondaire aux asiles.

Il faut que votre métier ne soit pas considéré par vous, ni par les administrations, comme un pis-aller, mais comme une profession honorable et définitive, exigeant pour être bien remplie un réel apprentissage, une instruction particulière. On doit assurer aux infirmiers et aux infirmières des conditions matérielles convenables. Le plus souvent, aujourd'hui, leur salaire est inférieur à celui des domestiques de la ville où se trouve l'asile. Il faut que les conseils généraux comprennent que votre profession exigeant une instruction professionnelle sérieuse, un apprentissage réel, exigeant de votre part des qualités nombreuses et exposant à chaque instant à de graves dangers, doit être rémunérée en conséquence.

Le conseil général de la Seine l'a parfaitement compris. Il a augmenté vos modestes appointements; il a créé cette école, il y a sept ans; il a voté des crédits pour faire quelques cours aux infirmiers et aux infirmières de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif; il a décidé qu'au bout d'un certain nombre d'années de service, vous auriez droit à une pension; il a décidé que vos années de service dans les hôpitaux et hospices de Paris vous seraient comptées quand il s'agira de régler votre retraite [1].

Il reste encore quelque chose à faire pour compléter cette œuvre et je profite de la présence à cette cérémonie de quelques-uns de mes amis du conseil municipal pour le leur rappeler : il faut que l'Assistance publique, de son côté, accorde la réciprocité aux infirmiers et aux infirmières des asiles, qui passent dans les

[1] « Il convient d'ajouter que, selon le vœu de la commission de surveillance, au rapport de M. le Dr *Bourneville*, les agents comptant des services dans les hôpitaux et hospices de la ville de Paris, pourraient, mais après six années au moins de présence dans les asiles, faire valoir ces services antérieurs pour obtenir du département l'indemnité représentative du repos, à la condition, bien entendu, qu'ils ne reçoivent pas cette indemnité de l'Assistance publique. »

hôpitaux et les hospices. C'est là une complication qui n'existerait pas si, comme le voudrait la logique et le bien public, il n'y avait à Paris qu'une seule administration hospitalière, en d'autres termes si le service des aliénés était rattaché à l'Assistance publique.

Permettez-moi à ce sujet de vous rappeler que c'est en grande partie aux efforts de notre ami le Dr G. Robinet, que nous venons d'avoir tous la douleur de perdre, que ces résultats sont dus. Aussi devez-vous conserver précieusement son souvenir dans votre mémoire.

L'administration préfectorale commence à se pénétrer, elle aussi, de l'utilité de ces réformes et à voir qu'il est nécessaire d'entourer votre profession de plus de considération qu'autrefois. Nous n'en voulons pour preuve que l'hommage qui a été rendu récemment par M. le préfet de la Seine à l'un de vos anciens, le surveillant Pussin, qui fut le dévoué collaborateur de l'illustre Pinel à Bicêtre et à la Salpêtrière [1].

Toutes ces mesures, destinées à améliorer votre condition, doivent vous encourager à remplir vos fonctions avec zèle et dévouement, à éviter avec soin tout acte de violence envers les malades, et à suivre scrupuleusement les conseils de vos chefs de service, médecins ou administrateurs. Le conseil général et l'administration préfectorale de la Seine complèteront prochainement leur œuvre en perfectionnant l'enseignement donné dans cette école. Nous avons été chargé par une commission spéciale d'établir le programme complet de l'enseignement reconnu nécessaire aux infirmiers et aux infirmières des asiles. Les cours devront être suivis régulièrement par tous, et à la fin de chaque année scolaire, dans des conditions nettement formulées, il vous sera délivré des diplômes. Ces diplômes serviront de base à l'avancement. C'est dans l'école de cet asile que l'administration prendra plus tard le personnel nécessaire aux autres établissements, et c'est parmi les diplômés qu'elle choisira ses sous-surveillants et ses sous-surveillantes.

Vous êtes prévenus, Mesdames et Messieurs. A vous, l'an prochain, de suivre exactement les cours, de faire toutes les compositions qui vous seront données et de participer aux examens pratiques auxquels vous serez convoqués.

Si vous suivez ces conseils, si vous accomplissez scrupuleusement vos devoirs envers les malades, vous récompenserez le conseil général de tout ce qu'il a fait pour vous, vous inspirerez une réelle confiance à l'administration, vous prouverez que les laïques sont supérieures sous tous les rapports aux religieuses, et, par votre exemple, vous montrerez la voie à suivre aux conseils généraux et aux préfets de toute la République !

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. IV, p. 313.

Le président a ensuite donné la parole à M. le Dr DAGONNET, qui s'est exprimé ainsi qu'il suit :

MESDAMES, MESSIEURS,

Je ne me proposais pas de prendre aujourd'hui la parole; mais, comme je l'ai fait chaque année avec plaisir, cette fois encore, à la demande qui m'est adressée, je m'empresse de venir joindre quelques observations à celles qui vous ont été présentées par notre dévoué président, M. le Dr Bourneville, et vont vous être présentés par notre excellent directeur, M. le Dr Taule.

Les cours professionnels, ainsi qu'on vous l'a dit souvent, ont été institués par M. le Dr Bourneville, dont le zèle est infatigable.

Le conseil municipal et M. le préfet de la Seine s'y intéressent particulièrement; ils vous en ont donné des preuves nombreuses.

Ces cours sont également établis dans d'autres établissements, à Bicêtre, à la Salpêtrière, à la Pitié; les comptes rendus publiés par les journaux nous ont fait connaître les efforts tentés pour les rendre aussi pratiques que possible et les résultats très satisfaisants qui ont été obtenus.

M. le directeur de l'Assistance publique a constaté, dans une dernière séance publique, que des infirmières absolument illettrées étaient arrivées, à force de travail et d'énergie, à remporter dans leurs classes les plus beaux succès. Vous devez suivre cet exemple et ne pas vous laisser dépasser par vos collègues des hôpitaux.

En fondant ces cours, on a eu la pensée de former un personnel intelligent, dévoué et pourvu des connaissances nécessaires à l'accomplissement des fonctions dont vous êtes chargés, et capable de remplacer avantageusement les communautés religieuses, auxquelles avait été confié pendant de longues années le service des aliénés; on ne saurait donc trop vous engager à redoubler de zèle et d'assiduité.

Votre intervention dans nos services est considérable, elle ne peut être véritablement efficace qu'à une condition, c'est que vous fassiez une application intelligente des prescriptions que vous avez à exécuter, qui permettront d'obtenir la guérison ou au moins l'amélioration de nos malades, de prévenir souvent des accidents auxquels ils sont exposés par leur affection. J'ai eu l'occasion de vous énumérer ces différents accidents et je ne reviendrai pas sur ce sujet; je veux seulement aujourd'hui appeler, en quelques mots, votre attention sur un autre côté de la question, sur l'utilité de votre intervention au point de vue moral, vous faire voir toute l'influence que vous pouvez exercer sur le malade par les conseils que vous lui donnez, par vos observations et par votre conduite vis-à-vis de lui.

Nous n'avons cessé depuis longtemps de réclamer l'amélioration du personnel attaché au service des aliénés, nos réclamations ont

fini par être écoutées, et sous ce rapport, comme sous tant d'autres, nous avons pu réaliser un .progrès considérable dans le traitement de nos malades.

Sans remonter jusqu'à Pinel, il n'y a pas bien longtemps encore, en 1836, Esquirol nous faisait connaitre, dans des paroles indignées, les conditions déplorables dans lesquelles vivaient les aliénés. Ils étaient en quelque sorte repoussés de la société; quelquefois recueillis dans des hospices qui manquaient de l'organisation la plus élémentaire. Les maisons dans lesquelles ils étaient enfermés, n'avaient ni cour, ni jardin ; ils circulaient çà et là, confondus pêle-mêle au milieu d'autres malheureux, atteints eux-mêmes d'affections repoussantes.

Jeune encore, au début de ma carrière, j'ai assisté à ce triste spectacle et j'ai vu plusieurs de ces instruments de torture que l'on décorait du nom de moyens de traitement. Dans quelques maisons d'aliénés, je l'ai constaté à Maréville, par exemple, près de Nancy, on voyait des étages de cellules, superposées les unes sur les autres où de pauvres malades étaient relégués, abandonnés à leur triste sort et privés des soins les plus nécessaires.

Bien plus, chose triste à dire, loin d'être soignés, ils étaient livrés à la brutalité d'un personnel grossier, inhumain, mal payé et qui souvent trouvait un profit en les exposant à l'indécente curiosité du public.

Esquirol s'étonnait que même des villes de science, qui avaient des facultés de médecine comme Paris, Strasbourg, pouvaient entretenir ces malheureux dans une semblable situation.

Les temps sont heureusement changés et quel ne serait pas aujourd'hui l'étonnement d'Esquirol, ce maître de la science, s'il pouvait voir quelques-uns de nos asiles en tête desquels nous devons placer les asiles de la Seine, remplissant les meilleures conditions d'hygiène, de salubrité et dans lesquels on s'est efforcé de réunir tout ce qui pouvait aider au traitement de l'une des affections les plus pénibles. Là, plus d'instruments de torture; l'esprit d'ordre et de discipline qui entoure l'aliéné, à son entrée dans nos services, les a remplacés.

On éloigne du malade tout ce qui rappelle la prison, même l'hôpital; les murs eux-mêmes sont en quelque sorte supprimés, pour permettre aux regards de s'étendre au loin, et à la pensée, obscurcie par des rêves insensés, de s'échapper librement, dans les moments de lucidité, de l'enceinte qui prive momentanément le malade d'une liberté qui lui est chère, mais dont il lui serait impossible de profiter.

La raison humaine ne reprend en effet sa lucidité que par intervalles, ce sont des éclairs dans le long égarement de la folie ; les périodes de rémission se rapprochent alors d'autant plus que la guérison est plus près de se confirmer.

Il faut à ce moment tout tenter pour créer autour du malade cette sorte d'harmonie qui éloigne de lui les impressions désagréables, les causes de surexcitation, tout ce qui viendrait empêcher le retour des idées raisonnables, le réveil des sentiments naturels et le souvenir d'une existence passée à laquelle se rattache avec force l'homme prêt à recouvrer la raison.

C'est dans ce concours de moyens appropriés que le médecin trouve en vous un adjuvant puissant, sans lequel il lui serait impossible d'obtenir un résultat favorable.

C'est à ce moment que votre intervention devient précieuse et c'est pourquoi, nous, médecins et administrateurs, nous avons voulu substituer au personnel grossier dont Esquirol se plaignait, un personnel choisi, honnête, intelligent, dévoué, animé d'intentions bienveillantes et dont nous tenons à cœur de perfectionner l'instruction pour qu'il ait la conscience, le sentiment de ses devoirs et qu'il sache les remplir ; on a voulu enfin, en instituant ces cours professionnels, leur donner le caractère médical qui seul doit leur appartenir.

Ceux d'entre vous qui ont vécu quelque temps au milieu des aliénés savent parfaitement toute l'influence qu'ils peuvent exercer sur nos malades lorsque, par exemple, ils sont incapables de fixer leur attention et de comprendre les paroles qu'on leur adresse, de juger les objets extérieurs, de rappeler leurs souvenirs, de coordonner leurs idées, etc...

Il est d'autres malades dont l'intelligence semble avoir conservé la plus entière lucidité et que l'on voit s'abandonner à un désespoir sans bornes, que rien de réel ne vient motiver. Ils apprécient avec exactitude les choses qui les entourent, leur mémoire est bien conservée. Que leur manque-t-il donc? Eux-mêmes vous l'expliqueront, ils n'ont que trop la conscience du mal qu'ils éprouvent, c'est une sorte d'inertie, d'absence de volonté qui les tient enchaînés et dont ils ne peuvent expliquer la raison. Le malade est triste, dit Morel, il ne sait pas pourquoi, il cherche la cause de son mal, sans pouvoir la trouver ; il implore la science, il invoque le secours de ses amis et raconte à tout le monde avec un touchant abandon les peines de son âme et les funestes tendances auxquelles il est entraîné malgré lui.

Pour d'autres, c'est une aspiration de l'âme vers un monde inconnu, c'est un regret éternel du passé, un dégoût prononcé du présent, la perte de toute espérance d'un avenir meilleur.

Ils restent sans force et sans énergie, le moindre effort leur est pénible; à cette situation morale correspond un état physique fâcheux; c'est une conséquence forcée. L'habitude de l'inertie, le défaut d'exercice entraîne la diminution de la fonction et engendre par suite les affections les plus diverses.

Cette force morale qui manque à ces malheureux, vous qui

passez tout votre temps au milieu d'eux, vous pouvez la leur rendre en vous y prenant adroitement, par vos conseils, vos exhortations, vos témoignages d'intérêt et de dévouement, votre conduite à leur égard. En relevant les forces morales vous aidez à la réparation des forces physiques et bientôt au retour de la santé.

La crainte, l'inquiétude, l'angoisse, sont, vous le savez, des sentiments pénibles, qui suppriment toute réflexion et paralysent la volonté. L'individu fuit devant des périls qui n'existent pas et se précipite, tête baissée, dans des dangers que la plus simple réflexion pourrait lui faire éviter. Ce sentiment d'inquiétude, de terreur est précisément le symptôme distinctif de certaines formes d'aliénation mentale.

Le délire alcoolique n'a pas souvent d'autre caractéristique. Le malade a peur de tout, l'expression de la frayeur est empreinte sur ses traits.

Eh bien, vous avez là une indication facile à remplir ; il vous faut à tout prix le calmer, le tranquilliser et vous le mettrez bien vite dans une disposition d'esprit qui lui permettra de profiter des autres moyens de traitement.

Georget avait fait remarquer que l'une des principales modifications que l'on devait chercher à amener dans le fonctionnement de l'intelligence chez les aliénés, c'était de trouver le moyen de fixer leur attention sur des objets étrangers à leur folie, de communiquer à leur esprit des idées nouvelles, des sentiments différents, en un mot, des impressions d'une toute autre nature.

En agissant sur l'imagination on produit de véritables miracles, chez beaucoup de personnes, chez celles surtout qui sont nerveuses, hystériques, qui sont exaltées et hypochondriaques. Ce pouvoir sur l'imagination doit être prudemment exercé si l'on veut le faire tourner au profit de la guérison, autrement il déterminerait les effets les plus regrettables.

Le mysticisme, cette exaltation de l'imagination qui la porte vers les choses religieuses, en passionnant outre mesure celui qui s'y laisse entraîner, a dans plus d'une circonstance exercé une action puissante sur le développement de l'aliénation mentale.

Les expériences magnétiques, les prétendues communications avec le monde immatériel ont été souvent dangereuses ; elles ont eu pour conséquences, à certaines époques, en Amérique surtout, de nombreux cas de suicide et des cas fréquents de folie.

Il n'est pas jusqu'aux représentations théâtrales qui, chez quelques malades, en dehors de la distraction qu'elles leur procurent, viennent déterminer des émotions et réveiller certaines passions qui dans quelques circonstances ont pu hâter les progrès de la guérison.

En résumé, le traitement moral que vous êtes chargés d'appliquer a, comme le traitement physique, une influence considé-

rable ; il doit être dirigé suivant certaines indications que vous devez apprendre à connaître, il comprend les moyens divers qui agissent sur les habitudes et les sentiments des malades, qui s'attaquent à leurs erreurs, les combattent doucement, qui font diversion à leurs tristes pensées, réveillent en eux des sentiments prêts à s'éteindre. C'est alors que votre intervention, faite d'une manière intelligente deviendra efficace.

Je ne veux pas m'étendre davantage à ce sujet, je me borne en terminant à vous conseiller de rester dans les bonnes dispositions qui vous sont recommandées et de suivre avec zèle les cours qui sont professés par nos internes, toujours disposés à rendre service quand on fait appel à leur bonne volonté et à leur dévouement.

Il me reste enfin à joindre mes remerciements à ceux de l'administration pour nos chers collaborateurs : MM. Legrain, qui a professé l'anatomie ; Vrain, la physiologie ; Dupain, les pansements et appareils ; Malfilâtre, l'hygiène ; Delafontaine et Mangeard, la pharmacie. Nous les remercions de la peine qu'ils se sont donnée et qu'ils continueront à se donner, nous en sommes convaincus, eux et leurs successeurs.

Ensuite la parole a été donnée à M. le Dr Taule, directeur de l'asile :

Mesdames, Messieurs,

L'école d'infirmiers et d'infirmières de Sainte-Anne, fondée en 1882 sous les auspices et par l'initiative de M. le Dr Bourneville, notre éminent et dévoué président, en est aujourd'hui à sa cinquième année d'existence. Grâce à cet enseignement et à l'enseignement similaire précédemment établi à la Pitié, à la Salpêtrière et à Bicêtre, l'administration a pu, dans l'espace de quelques années, pourvoir de sous-surveillantes et de sous-employés instruits et expérimentés la plupart des hôpitaux de Paris et les quatre asiles d'aliénés de la Seine. Un tel résultat démontre l'utilité de l'œuvre et justifie pleinement l'importance que nous y attachons.

Aussi ne saurions-nous trop remercier les médecins et les internes de cet asile dont le concours moral et la participation effective nous ont été, et nous sont encore si précieux pour en assurer la prospérité. Nous espérons qu'ils voudront bien nous les continuer à l'avenir.

Mais, pour que le dévouement de vos maîtres puisse porter ses fruits, il faut que vous le secondiez par votre bonne volonté et par votre travail. Or, je suis obligé de constater que l'assiduité aux cours a été encore insuffisante cette année. De là la faiblesse de quelques compositions et le nombre restreint des récompenses. C'est un élève externe, M. Jean Louis, qui a eu le plus de succès,

grâce il est vrai à son instruction antérieure mais aussi à sa constante assiduité. J'espère que vous prendrez votre revanche l'année prochaine. Du reste, il ne serait pas équitable que les anciens élèves déjà récompensés pour leurs succès antérieurs concourussent avec les nouveaux. Nous établirons, au besoin, comme nous l'avons déjà fait cette année pour les infirmières, une division d'*anciens* et de *nouveaux*, afin de récompenser et d'encourager tous les efforts véritablement méritants.

Il ne serait ni généreux ni habile de fermer la porte aux élèves du dehors qui peuvent fournir un utile contingent au recrutement du personnel. Mais il dépend de chacun de vous de neutraliser dans une certaine mesure les effets de cette concurrence en perfectionnant votre instruction professionnelle, avantage que n'ont pas au même degré les personnes étrangères au service. Les progrès accomplis depuis cinq ans nous permettent d'ailleurs d'assurer à peu près intégralement le renouvellement éventuel des cadres du personnel secondaire avec les infirmiers et les infirmières actuellement en fonction. L'externat ne saurait donc vous préoccuper outre mesure. Vous pouvez d'ailleurs être assurés qu'à mérite égal vous serez toujours promus aux grades supérieurs de préférence aux candidats du dehors.

Plusieurs d'entre vous n'ayant reçu aucune instruction première avant leur admission à l'asile, se sont abstenus de fréquenter les cours sous prétexte qu'ils n'étaient pas en état d'en profiter. C'est là une erreur. Car les connaissances pratiques auxquelles on cherche surtout à vous initier sont accessibles à toute personne intelligente et attentive. Vous pouvez d'ailleurs atténuer et même faire disparaître complètement cette cause d'infériorité en suivant les cours de l'école primaire. Je dois des félicitations à celles d'entre vous qui ont suivi depuis deux ans les leçons de l'institutrice. Nous avons été heureux de leur en témoigner notre satisfaction en leur décernant huit prix et quatre accessits. Mais ne croyez pas que cela vous dispense de suivre les cours de l'école professionnelle. Vous seriez au contraire désormais sans excuse en vous en abstenant.

M. le Dr Bourneville déplorait l'année dernière et nous regrettions avec lui que l'administration, depuis longtemps en instance dans ce but, ne fût pas encore parvenue à vous assurer une pension de repos à la fin de votre carrière. Cette mesure de prévoyance et de justice s'est heureusement réalisée depuis. Le conseil général, obligé de reculer devant les exigences financières du conseil d'Etat, qui auraient imposé de trop lourds sacrifices au budget départemental, a dû renoncer au moins pour le moment à vous faire bénéficier des dispositions de la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles. Mais il a tourné la difficulté en votant une première annuité de 10,000 fr. destinée à la fondation d'une indemnité

représentative de repos, équivalente à la pension de retraite. Cette décision homologuée par un arrêté préfectoral assure désormais à chacun de vous, quel que soit son grade ou sa fonction, une indemnité annuelle et viagère égale à la moitié de son traitement majoré de la valeur des avantages en nature. Vous aurez droit à la pension entière, dont le taux varie selon le grade de 1,050 à 530 fr., après vingt-cinq ans de services effectifs, et à la pension proportionnelle après dix ans de service, en cas d'infirmités; les services antérieurs dans les hôpitaux ou hospices de la ville de Paris et les services militaires vous étant comptés dans l'un et l'autre cas, pourvu que vous ayez séjourné au moins six ans dans les asiles de la Seine.

Ce sont là des avantages sérieux, que le conseil complétera sans doute en accordant la reversibilité de la pension aux veuves ou aux enfants des titulaires dans les conditions prévues par les articles 13 à 16 de la loi de 1853; et, comme tout progresse avec le temps, j'espère bien que ces améliorations ne seront pas les dernières.

Il y a loin en tout cas de votre situation actuelle à celle qui était faite il y a à peine un siècle au plus illustre de vos prédécesseurs, J. B. Pussin, ancien surveillant de Bicêtre, qui, par son dévouement et ses soins éclairés pour les malades, a mérité le nom de *précurseur et de collaborateur de Pinel*, qualifications inscrites sur la plaque commémorative récemment édifiée à sa mémoire. Dans l'allocution qu'il a prononcée à cette occasion M. le préfet nous apprend que cet homme de bien recevait, pour tout salaire de ses services inappréciables, la nourriture, le logement et 36 fr. par an! Ce serait à peine croyable, si l'on ne savait dans quel abandon douloureux étaient laissés les services d'aliénés avant la Révolution opérée par le grand bon sens et le grand cœur de Pinel. Le XVIII[e] siècle, si passionné pour la vérité et pour les idées généreuses, semble indifférent pour les souffrances des aliénés parce qu'il croit la folie incurable. On ne brûle plus les fous comme aux siècles précédents, mais on les enferme comme des criminels dangereux, on les enchaîne et on les oublie dans les cabanons de Bicêtre. C'est là que Pussin, esprit ouvert et cœur compatissant malgré sa rudesse apparente, observait ses malades et proscrivait déjà les moyens violents employés jusqu'alors pour les contenir. « Que faites-vous, lui disait Pinel, quand ils deviennent trop méchants? — Je les déchaîne. — Et alors? — Ils se calment. » Avec un tel auxiliaire la réforme de Pinel devait facilement triompher. Les chaînes tombèrent et furent remplacées par un traitement plus rationnel et plus doux. Ce sont ces principes et cette méthode que l'on applique aujourd'hui dans nos asiles, et c'est en grande partie grâce à eux que l'on guérit plusieurs formes mentales longtemps réputées incurables. Je n'ai pas cru m'écarter

de mon sujet en rappelant ces souvenirs, bien qu'ils soient présents à la mémoire de la plupart de ceux qui m'écoutent. Car ils honorent votre corporation et la nôtre. C'est en vous y conformant que vous vous montrerez les dignes émules de vos devanciers et que vous léguerez à vos successeurs de nouveaux exemples. — Je remercie en terminant toutes les personnes qui ont répondu à notre appel et particulièrement les membres du Conseil général et de l'Administration supérieure dont la présence a rehaussé cette cérémonie.

Il a été procédé ensuite à la distribution des prix consistant en livrets de caisse d'épargne et en livres.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Promotions.* — M. le Dr Max-Simon, médecin en chef de l'asile public de Bron (Rhône), est promu à la classe exceptionnelle (arrêté du 1er août). M. Fabre, directeur-médecin de l'asile public de Saint-Alban (Lozère), et M. le Dr Mordret, médecin en chef de l'asile public du Mans (Sarthe), sont promus à la première classe (arrêté du 1er juillet 1887). — M. le Dr Brusque, médecin adjoint à l'asile public de Vaucluse, est promu à la classe exceptionnelle à partir du 1er mai. — M. le Dr Ramadier, médecin adjoint à l'asile public de Lafond (Charente-Inférieure), est promu à la 1re classe (1er août 1887). — M. le Dr Dubuisson, médecin adjoint à l'asile de Sainte-Anne est promu à la 1re classe (1er juillet). — *Nominations.* — M. le Dr Vernet, interne à l'asile public de Maréville, est nommé médecin adjoint à l'asile public de Pau, en remplacement de M. le Dr Germa, compris dans la 2me classe (23 août). — M. le Dr Barandon, nommé médecin adjoint à l'asile public de Braqueville (Haute-Garonne), est maintenu dans la 1re classe. — *Admission à la retraite.* — M. le Dr Espiau de Lamestre, directeur-médecin de l'asile de Ville-Evrard est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Asile d'idiots de Learsden. — L'établissement est fait pour 2,000 malades, 900 hommes et 1,100 femmes. Le coût, par tête, comprenant l'achat du terrain est de 230 fr. — Les infirmeries, les quartiers d'épileptiques et les quartiers ordinaires sont tous bien organisés. — Les plus intelligents et les plus capables des hommes

et des femmes sont employés plus ou moins activement, dans une excellente ferme. Au cours de la visite que nous y avons faite, sir Edwin Galsworthy a défendu le conseil des asiles métropolitains des charges d'extravagance, qui, a-t-il dit, lui étaient souvent imputées, et il l'a fait dans de si excellents termes que les visiteurs ont emporté la preuve que l'argent public avait été dépensé avec sagesse et utilité, au bénéfice de Londres et de ses pauvres. (*Brit. med. Journal*, p. 140, 1887.)

Asile d'aliénés de Beverley. — Il y a eu une petite augmentation dans le nombre des malades en 1886, ce nombre étant de 275 au commencement de l'année et de 292 à la fin. Cette augmentation est presque entièrement due aux malades étrangers au comté. Il y a eu 68 admissions. Le caractère de ces cas n'était pas favorable. 32 p. 100 seulement pouvaient être considérés comme curables et dans le reste une moitié était l'objet de grands doutes. Les guérisons furent de 38,7 p. 100 du nombre des admissions, les transferts non compris. 24 malades moururent, 20 fois l'autopsie fut pratiquée. La mortalité a été de 8,6 p. 100 tandis que jusque-là elle avait été de 10,9 p. 100. En 1886 un hôpital détaché pour les fièvreux commença à remplacer le bâtiment en bois installé provisoirement en 1884 pour les typhiques. L'estimation est de 32,500 fr. Les fonds nécessaires sont fournis par le profit retiré des malades étrangers ou privés. La surveillance de nuit de 29 épileptiques et de 24 folies suicides est encore confiée aux camarades des malades. — Les commissaires dans leur visite ont remarqué qu'aucune mort par suffocation, la nuit, ni aucun suicide n'était encore survenu avec une surveillance si insuffisante et que c'est peut-être ce qu'on peut dire de mieux en sa faveur. (*Brit. med. Journal*, p. 157, 1887.)

Famille dont les individus ont six doigts. (Six-fingered family.) — Dans un livre vieux de deux siècles, dû à John Smith Berkeley, il est question d'une famille de Slimbridge, dont tous les membres avaient six doigts (un pouce supplémentaire), depuis au moins quatre générations. Le Dr Beddoe demande que des recherches soient faites dans ce pays, afin de savoir si ce phénomène continue à se présenter parmi les descendants de cette famille. (*British. Journ. méd.*, janv. 1887.) A. B.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BIAUTE. — *Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes*, pendant l'année 1886. — Brochure in-8° de 35 pages. — Nantes, 1887, imprimerie Mellinet.

CHARCOT (J.-M.). — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, professées à la Salpêtrière et recueillies par MM. BABINSKI, BERNARD, FÉRÉ, GUINON, MARIE et GILLES DE LA TOURETTE. — Tome III, 2e fascicule. — Un volume in-8 de 380 pages, avec 64 figures dans le texte. — Prix : 9 fr. ; pour nos abonnés, prix: 6 fr.— Ce fascicule complète le tome troisième.

DOUTREBENTE. — *Asile départemental d'aliénés de Blois*. — Compte moral et administratif présenté pour l'année 1886. — Une brochure in-4° de 40 pages. Blois, 1887.

DUFOUR (E.). — *Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère). — Compte rendu du service médical pendant l'année* 1885. Brochure in-8° de 19 pages. Grenoble, 1886. — Imprimerie F. Allier.

HOVELACQUE (A.) et HERVÉ (G.), *Précis d'anthropologie*. Volume in-8° de 655 pages, avec 20 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, 1886.— Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier.

MAIRET ET COMBEMALE. — *Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du méthylal*. — Brochure in-8° de 32 pages. — Montpellier, 1887, typographie Ch. Bochm.

PUBLICATIONS DU PROGRÈS MÉDICAL. — *Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines à Loudun, XVIIe siècle*. Auto-biographie d'une hystérique possédée d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours. — Annotée et publiée par MM. les Drs G. LEGUÉ et G. DE LA TOURETTE. — Préface de M. le professeur CHARCOT, membre de l'Institut. — Un beau volume in-8 de 330 pages. Papier vélin, prix : 6 fr.; pour nos abonnés : 4 fr. — Papier Japon, prix : 25 fr.; pour nos abonnés : 20 fr.

SERGI (G.). — La *psychologie physiologique*. Un volume in-8° de 452 pages, avec 40 figures. Traduit de l'italien par M. MOUTON. — Prix : 7 fr. 50. — Librairie F. Alcan.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE

DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS



EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE PREMIÈRE

ATHÉTHOSE DOUBLE AVEC IMBÉCILLITÉ

OBSERVATION I

PLANCHE II

ATHÉTHOSE DOUBLE AVEC IMBÉCILLITÉ

OBSERVATION I





PLANCHE III

ATHÉTHOSE DOUBLE AVEC IMBÉCILLITÉ

OBSERVATION II

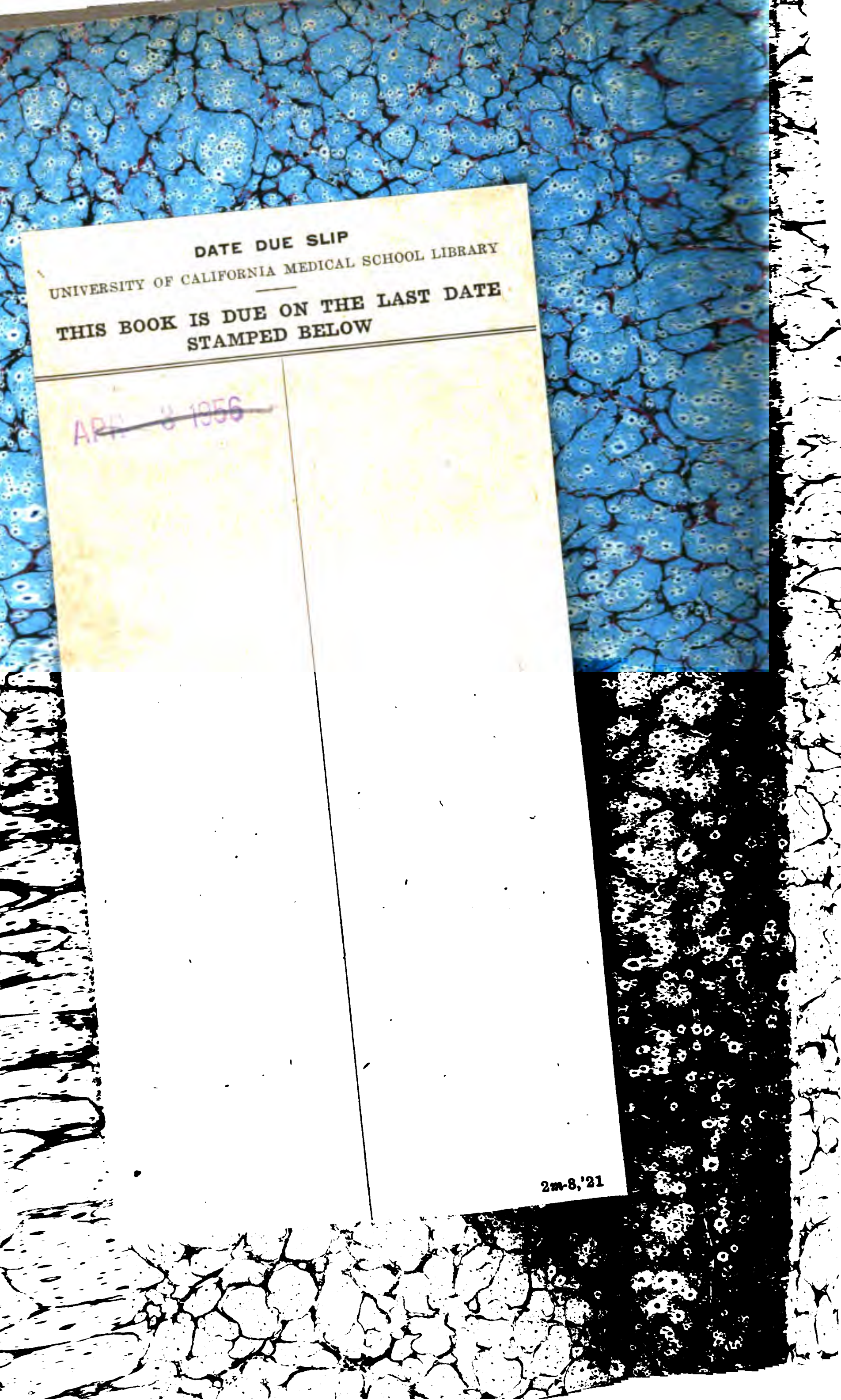
PLANCHE IV

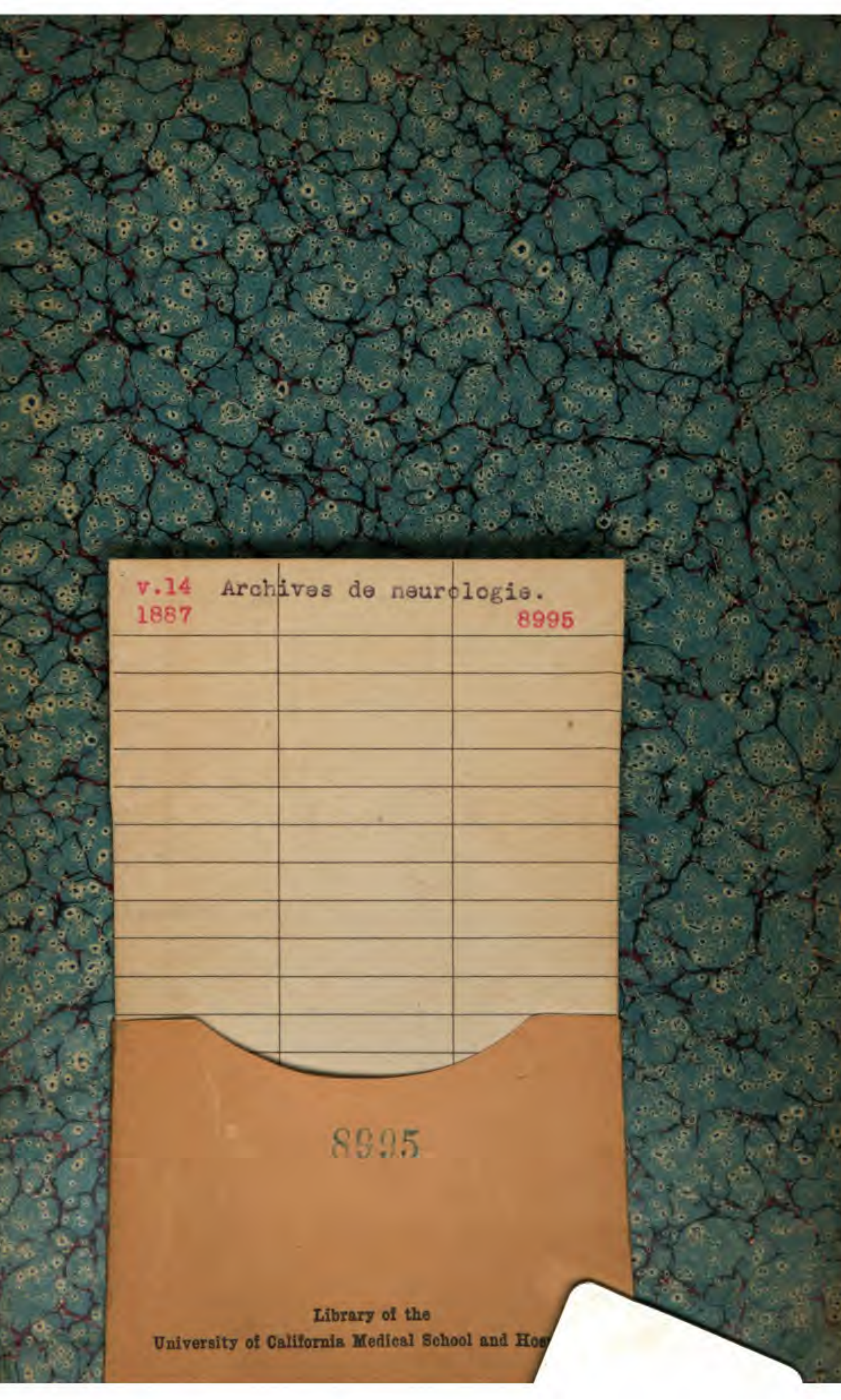
ATHÉTHOSE DOUBLE AVEC IMBÉCILLITÉ

OBSERVATION II

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 937.






v.14 Archives de neurologie.
1887
8995
8995
Library of the
University of California Medical School and Hos

